UNIVERSITÉ PAUL SABATIER

UNITÉS MÉDICALES

TOULOUSE

ANNÉE 1972 Nº 34

les facteurs psychogenes de l'obesite

these

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en octobre 1972

par

Dominique DANTOINE

JURY

MM.	C. BOULARD	Président
	A. BES Ch. DARNAUD Y. DENARD	Assesseurs
	C. VIRENQUE	Suppléant

Imprimée au C.E.I.P. 1972

UNIVERSITÉ PAUL SABATIER

UNITÉS MÉDICALES

TOULOUSE

ANNÉE 1972 Nº 34

les facteurs psychogenes de l'obesite

these

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en octobre 1972

par

Dominique DANTOINE

JURY

MM.	C. BOULARD	Président
	A. BES Ch. DARNAUD Y. DENARD	Assesseurs
	C. VIRENQUE	Suppléant

Imprimée au C.E.I.P. 1972

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

UNIVERSITE PAUL SABATIER

Président de l'Université	M. LARENG
1e Vice-Président	M. MATHIS
2e Vice-Président	M. MARTIN

TABLEAU DU PERSONNEL

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DES SCIENCES MEDICALES

Directeur de l'Unité des Sciences Médicales TOULOUSE-PURPAN	M. MONNIER	Directeur de l'Unité des Sciences Médicales TOULOUSE-RANGUEIL	M. ENJALBERT

HONORARIAT

Doyen honoraire	M. CALVET	Doyen honoraire	M. LAZORTHES
Doyen honoraire	M. BRUSTIER		
Professeur honoraire	M. VALLOIS	Professeur honoraire	M. CALMETTES
Professeur honoraire	M. TAPIE	Professeur honoraire	M. THOMAS
Professeur honoraire	M. DELAS	Professeur honoraire	M. LAGROT
Professeur honoraire	M. RISER	Professeur honoraire	M. DESFORGES-MERIEL
Professeur honoraire	M. BUGNARD	Professeur honoraire	M. FABRE P.
Professeur honoraire	M. VINCENT	Professeur honoraire	M. JAHIER
Professeur honoraire	M. MOREL	Professeur honoraire	M. SENDRAIL
Professeur honoraire	M. BOUISSET	Professeur honoraire	M. PONS

PROFESSEURS

Clinique Médicale et Cardiologique	M. DARDENNE	Purpan	Anatomie Pathologique	M. FABRE Jacques	Purpan
Clinique Médicale Sud	M. GADRAT	Purpan	Anatomie Appliquée	.....	.....
Clinique Chirurgicale	M. GEDEON	Rangueil	Anesthésie et Réanimation	M. LARENG L.	Purpan
Clinique Chirurgicale A et Gynécologie	M. POULHES	Rangueil	Bactériologie et Virologie	Mme ENJALBERT	Rangueil
Clinique Chirurgicale B et du Cancer	M. GRIMOUD	Purpan	Biophysique Médicale A	M. AUVERGNAT	Purpan
Clinique Chirurgicale Infantile et Orthopédie	M. PASQUIE	Purpan	Byophysique Médicale B	M. BRU	Rangueil
			Cardiologie Clinique et Expérimentale	M. CALAZEL	Rangueil
Clinique Chirurgicale Orthopédique et Traumatologique	M. FICAT	Rangueil	Chimie Biologique	M. VALDIGUIE P	Purpan
			Electro-Radiologie	M. MARQUES	Rangueil
Clinique de Chirurgie Cardio-vasculaire	M. ENJALBERT	Rangueil	Embryologie Générale	M. BROUSSY Jean	Purpan
Clinique des Maladies Cutanées et Syphilitiques	M. BAZEX	Purpan	Hématologie	M. RUFFIE Jacques	Purpan
			Histologie	M. BIMES	Rangueil
Clinique des maladies des voies urinaires	M. LHEZ	Rangueil	Hydrologie, Thérapeutique et Climatologie	M. DENARD	Purpan
Clinique des Maladies Infectieuses	M. ARMENGAUD	Purpan			
Clinique Médicale Infantile et Puériculture	M. SOREL	Purpan	Hygiène et Médecine Sociale	M. MONNIER	Purpan
			Immunologie	M. DUCOS	Purpan
Clinique Médicale de la première enfance	M. REGNIER	Purpan	Médecine Légale et Médecine du Travail	M. PLANQUES	Purpan
Clinique de Neuro-Chirurgie	M. LAZORTHES G	Rangueil			
Clinique Neurologique et Psychiatrique	M. GERAUD	Rangueil	Pathologie Chirurgicale	M. DAMBRIN	Purpan
Clinique Obstétricale	M. PONTONNIER	Rangueil	Pathologie Générale et Médecine Expérimentale	M. BOULARD	Purpan
Clinique Odonto-Stomatologique	M. CADENAT	Rangueil			
Clinique Ophtalmologique	M. DEODATI	Rangueil	Pathologie Médicale	M. RIBAUT	Purpan
Clinique O.R.L. et Chirurgie Maxillo-faciale	M. CALVET	Purpan	Physiologie	M. LAPORTE Yves	Rangueil
			Physiologie Appliquée et Pharmacologie	M. BAISSET	Rangueil
Clinique de Pneumo-phtisiologie	M. DELAUDE	Purpan	Séméiologie et Clinique Médicale	M. LAPORTE Jacques	Purpan
Clinique Rhumatologique	M. RUFFIE René	Purpan	Thérapeutique	M. DARNAUD	Rangueil
Accouchement et Obstétricie Sociale	M. MONROZIES	Purpan			
Anatomie	M. BASTIDE	Purpan			

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Anatomie Pathologique	M. BOUISSOU	Rangueil	Oto-Rhino-Laryngologie	M. CLAUX	Rangueil
Biochimie Médicale	M. DOUSTE-BLAZY	Rangueil	Physiologie et Pharmacologie	M. MONTASTRUC	Rangueil
Histologie et Embryologie	M. GUILHEM	Rangueil	Physiologie	M. BESSOU	Purpan
Histoloaie et Embryologie	M. PLANEL	Purpan	Pneumo-Phtisiologie	M. MIGUERES	Rangueil
Neurologie et Neuro-Psychologie	M. RASCOL	Purpan	Médecine Interne	M. LE TALLEC	Rangueil

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie Pathologique	M. FABRE Jean	Purpan	Médecine Générale et Thérapeutique	M. BOLLINELLI	Purpan
Bactériologie, Parasitologie, Virologie	Mme LARENG M.B.	Purpan	Médecine Générale	M. ARLET	Rangueil
Biochimie Médicale	M. VALDIGUIE Pierre	Rangueil	Pédiatrie	M. DALOUS	Purpan
Carcinologie	M. ESTRADE	Purpan	Neuro-Chirurgie	M. ESPAGNO Jacques	Purpan
Chirurgie Générale	M. SARRAZIN	Rangueil	Psychiatrie	M. GAYRAL	Purpan
Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire	M. ESCHAPASSE	Purpan	Médecine Générale Thérapeutique	M. SUC	Rangueil
Electro-Radiologie	M. ROULLEAU	Rangueil	Médecine Générale	M. RIBET	Rangueil
Dermatologie, Vénéréologie	M. DUPRE	Rangueil	Ophtalmologie	M. BEC	Purpan
Médecine Légale	M. GREZES-RUEFF	Purpan	Physiologie	M. GERAL	Rangueil

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Anatomie et Organogénèse	M. JUSKIEWENSKI	Rangueil	Médecine Interne	M. FEDOU R.	Purpan
Anatomie Phatologique	M. RUMEAU J.L.	Rangueil	Médecine du Travail	M. PUJOL M.	Purpan
Anésthésiologie	M. VIRENQUE C.	Rangueil	Nephrologie	M. CONTE Jean	Purpan
Bcatériologie-Virologie	Mme DIDIER	Rangueil	Neurochirurgie	M. LAZORTHES Y.	Rangueil
Biophysique	M. REGIS	Rangueil	Neurologie	M. GUIRAUD-CHAUMEIL	Rangueil
Biophysique	M. GUIRAUD R.	Purpan	O.R.L.	M. LACOMME	Purpan
Cancérologie	M. CARTON M.	Rangueil	Orthopédie, Traumatologie, Chirurgie plastique	M. UTHEZA Guy	Rangueil
Cardiologie	M. BERNADET	Rangueil		M. LARROUY	Purpan
Cardiologie	M. BOUNHOURE	Rangueil	Parasitologie	M. ROCHICCIOLI	Rangueil
Chirurgie Générale	M. ESCAT Jean	Rangueil	Pédiatrie Génétique Médicale	M. ALBAREDE J.L.	Purpan
Chirurgie Générale	M. GOUZI	Rangueil	Pneumo-Phtisiologie	M. JOVER	Rangueil
Chirurgie Générale	M. COSTAGLIOLA	Purpan	Pneumo-Phtisiologie	M. PAGES B.	Purpan
Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire	M. PUEL	Rangueil	Physiologie	M. COMBES P	Purpan
Gynecologie et Obstétrique	M. PONTONNIER Georges	Rangueil	Radiologie	M. PUTOIS	Purpan
Hépato-Gastro-Entérologie	M. PASCAL	Purpan	Radiologie	M. FOURNIE A.	Purpan
Histologie, Embryologie, Cytogénétique	M. SOLEILHAVOUP	Purpan	Rhumatologie		
Immunologie, Hématologie, Maladies du Sang	M. BIERME R.	Rangueil	Thérapeutique, Réanimation Médicale, Rééducation fonctionnelle et Hydrologie	M. SALVADOR M.	Purpan
Medecine Générale et Théraneutique	M. BES	Rangueil	Urologie	M. PONTONNIER Francis	Purpan

AGREGES

Chirurgie Générale	M. GAUBERT	Purpan

AGREGES LIBRES

Chirurgie Générale	M. SOUQUET	Purpan	Pathologie Expérimentale	M. GLEIZES	Purpan
			Obstétrique	M. ESPAGNO G	Rangueil

ADMINISTRATION

Secrétaire Général de l'Université M. PRINEAU J.P.

Liste arrêtée le 10 Juin 1972

L'Université Paul Sabatier déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats. (Délibération en date du 12 Mai 1891)

Je dédie cette thèse...

A notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur C. BOULARD

Professeur de Pathologie Médicale Générale Expérimentale
Médecin des Hôpitaux

Vous nous avez fait le très grand honneur de bien vouloir accepter la présidence de cette thèse.

Vous nous avez toujours accueilli avec une extrême obligeance dans votre service et vous nous avez permis de bénéficier de votre précieux enseignement.

Vous voudrez bien voir dans ce travail un modeste témoignage de notre respectueuse reconnaissance et de notre profonde admiration.

A notre Jury de Thèse

Monsieur le Professeur A. BES

Maître de Conférences Agrégé de Médecine Générale
et Thérapeutique
Médecin des Hôpitaux

Vous nous faites l'honneur de bien vouloir juger ce travail comme vous nous avez toujours fait l'honneur de nous prodiguer votre précieux enseignement avec bienveillance et générosité.

Qu'il nous soit donné ici de vous exprimer notre admiration et notre entier dévouement.

Monsieur le Professeur Ch. DARNAUD

Professeur de Thérapeutique
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

Nous tenons à vous remercier respectueusement de la formation médicale que vous nous avez donnée avec dévouement et générosité, ainsi que de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger à cette thèse.

Nous vous dédions ce travail en gage de notre reconnaissance et de notre admiration.

Monsieur le Professeur Y. DENARD

Professeur d'Hydrologie Thérapeutique et Climatologie
Médecin des Hôpitaux

Nous sommes particulièrement honoré de vous compter aujourd'hui parmi nos juges comme nous l'avons toujours été de compter parmi vos élèves.

Nous sommes heureux de pouvoir vous faire part en cette occasion de notre profonde reconnaissance associée à notre respectueuse et sincère admiration.

Monsieur le Professeur C. VIRENQUE

Maître de Conférences Agrégé d'Anesthésiologie
Médecin des Hôpitaux

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger à cette thèse.

Vous nous avez toujours accueilli dans votre Service avec beaucoup de sympathie, en nous donnant en exemple votre goût du travail et votre dynamisme.

Nous vous offrons ce travail avec toute l'admiration et la reconnaissance que vous nous inspirez.

A ma femme

A mon fils

A tous les miens

A tous mes amis

En témoignage de mon affection

Je tiens à remercier...

Mademoiselle le Docteur FLANDIN

qui, malgré un emploi du temps déjà bien chargé, a toujours été prête à nous éclairer très gentiment de ses précieux conseils, et nous a toujours guidé avec beaucoup de sympathie et de simplicité tout au long de ce travail.

Mesdames le Docteur QUERITET
et le Docteur SALANOVA

pour l'aimable concours qu'elles nous ont apporté dans nos recherches et nos observations.

Les Laboratoires CASTAIGNE

et plus particulièrement le Laboratoire SOLAC et le C.E.I.P.

qui ont si aimablement mis à notre disposition leurs Services "Etudes Cliniques, Statistiques, Documentation et Reprographie" pour la réalisation de cette thèse.

Je tiens à exprimer tout particulièrement mes remerciements à Mademoiselle le Docteur RIPOLL, Messieurs GADAL et RICOEUR pour le concours qu'ils m'ont si aimablement apporté dans l'élaboration de ce travail.

P L A N

I - INTRODUCTION 1

1. Différents facteurs étiopathogéniques interférant dans l'obésité
2. Enchaînement de ces facteurs dans la régulation pondérale
3. Les processus psychologiques : la faim et l'appétit
4. But du travail
   - . étude théorique du psychisme des obèses par l'investigation analytique
   - . traduction des fiches hospitalières en langage informatique
   - . corrélations des résultats informatiques et des investigations analytiques

II - CHAPITRE THEORIQUE 13

Psychogénèse et investigation : la théorie analytique de l'obésité

A - Notions générales de désir et besoin

B - Le développement affectif de l'enfant

- . Stade oral
- . State anal
- . Période oedipienne
- . Stade de latence
- . Adolescence

III - METHODOLOGIE ET MATERIEL 35

. Fiches cliniques
. Questionnaire
. Transcription en informatique

IV - INTEGRATION DES NOTIONS THEORIQUES DANS UNE "CLINIQUE D'APPARITION DE L'OBESITE" 49

. Résultats informatiques et déduction analytique
. Corrélations entre la théorie et la clinique

V - CONCLUSION 69

VI - BIBLIOGRAPHIE 73

INTRODUCTION

INTRODUCTION

- L'obésité a fait l'objet de très nombreuses études et suivant qu'elles ont été effectuées par tel ou tel auteur sa définition s'est vue modifiée en fonction de la discipline de cet auteur.

- Le nutritionniste et le sociologue voient en l'obésité une forme de malnutrition, malnutrition par excès surtout répandue dans les sociétés de haute civilisation en proportion même de leur degré de développement.

- Le physiologiste la définit comme un excès de réserves adipeuses de l'organisme avec une disproportion entre le poids et certaines dimensions caractéristiques :

  - Taille
  - Masse musculaire
  - Squelette (tour du poignet) :

d'où de multiples formules pour apprécier quantitativement l'obésité.

- La plus connue est la formule de LORENTZ

  $$\text{Poids idéal} = \text{Taille} - 100 - \frac{(\text{taille} - 150)}{4}$$

- Dans le service du Professeur BOULARD on utilise une formule qui a l'avantage de tenir compte de la grosseur des os donc de la masse du squelette :

  $$\text{Poids idéal} = \frac{(\text{tour du poignet}) \times 8 + \text{taille} - 100}{3}$$

- La génétique s'emploie à démontrer que bon nombre d'obésités sont constitutionnelles et entend de ce fait qu'il s'agit d'une affection à laquelle il est difficile, voire impossible d'échapper en raison d'une prédisposition héréditairement transmise.

- Les mécanismes physiopathologiques grâce auxquels se constitue ce déséquilibre ont fait également l'objet d'hypothèses nombreuses.

- La notion d'une origine exclusivement endocrinienne de l'obésité a connu pendant longtemps une faveur extrême. Elle est aujourd'hui abandonnée mais il est incontestable que des influences et des corrélations endocriniennes multiples participent à la lipogénèse et à la lipolyse et interviennent donc dans la genèse de l'obésité.

- La neurologie attribue à l'influence du système nerveux périphérique l'apparition d'obésités localisées consécutivement à une hémiplégie, à la section du nerf périphérique. Mais ce sont surtout les influences du système nerveux central sur les mécanismes de la faim et les régulations métaboliques qui retiennent aujourd'hui l'attention.

- Le psychiatre s'attache depuis longtemps à démontrer l'importance du traumatisme psychique dans la genèse de l'obésité.

Il serait erroné de penser que l'obésité peut s'expliquer exclusivement par l'une des influences précédentes. Nos connaissances sur la régulation de l'équilibre pondéral en sont une excellente démonstration, puisqu'elle fait appel à toutes les structures précédentes réunies.

Le point de départ, le "primum movens" de l'obésité, se situe au niveau histologique par l'accroissement du tissu adipeux.

Les cellules adipeuses apparaissent vers la 20ème semaine de la vie intra-utérine et proviendraient pour certains auteurs de cellules mésenchymateuses péri-vasculaires et pour d'autres de la spécialisation secondaire du tissu conjonctif.

A la naissance, ces cellules ne se multiplient plus, de telle sorte que l'obésité résulte d'une surcharge de cellules existantes et non d'une néogénèse.

Ces cellules contiennent de volumineuses inclusions lipidiques qui repoussent le noyau à la périphérie et donnent à l'ensemble l'aspect d'une bague (d'un chaton de bague). Contrairement à ce qui était couramment admis, on a démontré la haute spécialisation du tissu adipeux. Trois catégories de corps pénètrent dans l'adipocyte :

- le glucose dont l'inclusion dépend avant tout de l'insulémie et plus accessoirement du gradient intra-extra-cellulaire.

En fait, le taux de glucose intracellulaire est très peu différent de zéro, car ce dernier est très rapidement transformé en glucose 1 phosphate ou en pyruvate, ce qui aboutit respectivement à la synthèse des deux autres constituants : les triglycérides et les acides gras. Ce rôle capital de l'insuline dans la pénétration du glucose à l'intérieur de l'adipocyte explique l'amaigrissement constaté dans le diabète insulinoprive.

A l'intérieur de l'adipocyte, s'effectuent non seulement des synthèses qui sont catalysées par différentes hormones, notamment l'adrénaline, la noradrénaline et l'A.C.T.H., mais aussi des catabolismes grâce à l'action de l'hormone somatotrope, du cortisol, du glucagon, de la thyroxine et de l'insuline.

Cette lipolyse peut être inhibée par l'augmentation de la glycémie et de la lipémie.

MAYER a précisé la corrélation qui existerait entre le taux de la glycémie et la sensation de faim et a formulé la théorie glycostatique de la régulation du poids corporel. Le point de départ de cette théorie est la constatation généralement admise que les centres nerveux ne consomment à peu près que du glucose et que leurs réserves glycogéniques sont nulles, donc que le fonctionnement normal des centres nerveux est entièrement lié au taux de la glycémie. Parmi ces centres nerveux, le noyau ventromédian de l'hypothalamus (centre de la satiété) a une affinité tout à fait spéciale pour le glucose du sang.

Chez l'homme, il a ainsi comparé la différence artérioveineuse de la concentration en glucose, en mesurant le glucose artériel par piqûre de la pointe du doigt et le glucose veineux par ponction de la veine cubitale.

Il constate qu'il y a sensation de faim quand la différence artérioveineuse (Δ glucose) est tombée à 3 mg % et sensation de satiété quand la différence dépasse 10 mg %.

SOMOGYI a pu montrer que le Δ glucose n'est augmenté qu'à condition qu'on injecte à la fois de l'insuline et du glucose ; le Δ glucose diminue dès que la glycémie a la valeur du jeûne, car, dans ces conditions, il y a adrénalino-sécrétion qui entraîne une réduction du Δ glucose ; MAYER et SOMOGYI, puis VAGUE et LAPLANE, en arrivent à conclure à l'existence d'un centre glucostatique sensible au Δ glucose. Ce centre appelé centre de la satiété est représenté par les noyaux Ventromédians.

FORSSBERG et LARSON ont fractionné l'hypothalamus du rat et ont expérimentalement isolé dans l'hypothalamus latéral le noyau ventrolatéral dont la neurocoagulation provoque une aphagie qui conduit à un amaigrissement très important et souvent à la mort par inanition.

ANAUD et ses collaborateurs, mesurant la consommation d'oxygène et de glucose des différentes fractions de l'hypothalamus du singe dans l'appareil de Warburg, ont

révélé que dans l'état de satiété, la consommation d'oxygène et de glucose du noyau ventromédian est supérieure à celle de l'hypothalamus latéral.

L'hyperglycémie augmente l'activité électrique du centre de la satiété (noyau ventromédian) et réduit celle de l'hypothalamus latéral (centre de la faim).

L'hypoglycémie réduit l'activité électrique du centre de la satiété et augmente parfois celle du centre de la faim.

ANAND, DUA et SINGN concluent que le noyau ventromédian a une affinité spéciale pour le glucose. De nombreux auteurs ont tenté de vérifier l'hypothèse de MAYER ; ces vérifications sont en partie en contradiction avec la théorie glycostatique, en partie la confirment et en partie ne peuvent être utilisées ni pour sa confirmation, ni pour sa réfutation.

Récemment, MORGANE a pu montrer que la destruction de l'hypothalamus latéral qui entraîne de l'aphagie ne touche pas uniquement un système de fibres mais deux ; quand MORGANE détruit le faisceau olfactoseptal de Wallemberg, il n'enregistre pas d'aphagie ou tout au plus une aphagie passagère. Mais s'il sectionne les fibres pallidofuges, il enregistre alors de l'aphagie et cette aphagie est définitive et irréversible. Les fibres pallidofuges ont, dans l'hypothalamus, une situation plus latérale que le faisceau olfactoseptal de Wallemberg.

La première conséquence qui résulte de l'expérience de MORGANE est que ce sont des centres situés plus haut que l'hypothalamus qui jouent le rôle déterminant dans la régulation du poids corporel.

Ainsi, PRIBRAM et ses collaborateurs ont obtenu de l'hyperphagie après destruction du pôle temporal ou de l'amygdalum, ou encore de l'hippocampe.

Inversement, ANDERSON et LARSSON observent une réduction des entrées alimentaires après destruction du pôle frontal.

On peut tirer la conclusion générale que les interventions sur le télencéphale créent des perturbations (phénomènes d'augmentation ou de réduction des entrées alimentaires) moins brutales que les interventions sur l'hypothalamus.

Les expériences de MORGANE sont encore trop récentes pour qu'il soit possible de porter un jugement définitif. Mais, récemment, TEITELBAUM arrive aussi à la conclusion de l'existence d'au moins deux systèmes régulateurs de la faim et de la satiété, l'un agissant sans aucune motivation, l'autre, au contraire, caractérisé par son effet sur la motivation. La motivation étant définie comme l'action simultanée et cumulative du stimulus absolu et du besoin végétatif; pour qu'il y ait ingestion alimentaire, il faut que la motivation atteigne un certain seuil. Si l'on considère que selon les individus, tous les stimuli absolus n'ont pas la même valeur et que cotoyant ces stimuli absolus, coexistent des stimuli conditionnés (appris), on peut conclure que le seul fait de ressentir la sensation de faim n'a pas pour conséquence l'ingestion du premier aliment qu'on présente.

La "faim" représente un besoin végétatif à côté duquel existe un besoin psychique qu'on appelle "appétit".

La faim est une sensation trop universelle pour qu'une longue description en soit nécessaire. Elle se traduit par une gêne épigastrique plus ou moins douloureuse accompagnée souvent de borborygmes, une tension psychique diffuse, une augmentation de l'activité, de l'inquiétude, de la nervosité et parfois de l'agressivité.

L'appétit est, à l'encontre de la faim, un besoin psychique résultant de l'apparence, de l'odeur, de l'imagination de la nourriture.

L'appétit nécessite l'intégrité de centres bien plus complexes et diffus que ceux de la faim. En effet, l'appétit suppose la connaissance, la mémorisation du stimulus. C'est cet appétit qualifié d'ogre que le psychiatre nomme plus volontiers hyperphagie.

Le but de notre thèse sera d'insister sur le rôle des facteurs psychiques dans la suralimentation.

Certains individus réagissent à des stress douloureux par hyperphagie avec brutale prise de poids.

Ces stress peuvent être de toutes sortes comme le montrent les 145 observations hospitalières recueillies durant ces trois dernières années dans le Service de Monsieur le Professeur BOULARD dont l'aide bienveillante et combien compétente nous a permis de réaliser ce travail et qui nous a fait l'immense honneur de nous prodiguer guer ses conseils.

Nous nous emploierons à démontrer combien les carences affectives à la suite de la dernière guerre, de la déportation, de la perte d'un être cher, de la rupture de fiançailles, du divorce, de l'échec à un concours, peuvent avoir pour conséquence l'hyperphagie.

Il en est de même des états émotionnels prolongés : souci d'argent et de travail, chômage, surmenage et manque de sommeil peuvent également conduire à l'obésité.

Ces états sont donc à intégrer parmi les névropathies, les déséquilibres, et la suralimentation serait en fait une compensation.

Les psychanalystes et notamment Hilda BRUCH qui a bien étudié le problème des enfants obèses, voient dans cette suralimentation un phénomène de fixation chez l'enfant et de régression chez l'adulte au stade oral.

Gilbert GENEVARD nous dit d'ailleurs "l'attitude de base du médecin en face d'un obèse serait de considérer l'hyperphagie et l'obésité qui en résulte comme un symptôme révélateur du trouble de toute la personnalité. L'obésité est sans conteste une maladie de l'homme total". TREMOLIERES a résumé le problème par cette formule : "l'obèse court-circuite son anxiété par les substituts alimentaires".

Une autre constatation se dégage des différentes études : "95 % des obèses qui consultent sont des femmes".

Il ne faut pas prématurément en déduire que les hommes ne sont pas touchés par l'obésité, mais ils la tolèrent mieux psychologiquement : "l'obésité révèle un trouble de la personnalité", certes, mais plus particulièrement de la "personnalité féminine", et l'étude de l'importance de ces facteurs psychologiques dans l'obésité sera le but de cette thèse.

Il semble en effet évident de dire que le poids commande les formes du corps, l'apparence au monde de l'individu et conditionne le premier moi : le MOI CORPOREL.

L'obésité apparaît donc, en un certain sens comme un mode particulier d'adaptation à l'environnement et notre propos sera de la montrer comme une adaptation MANQUEE.

Dans le chapitre théorique, nous tenterons de cerner le psychisme de l'obèse, d'abord en recherchant au cours du développement habituel de l'affectivité :

1. La place du besoin et du désir de nourriture ;

2. l'évolution de l'affectivité de l'enfant et particulièrement de la petite fille, en vue d'un développement physique et psychologique harmonieux ;

3. les vicissitudes de ces pulsions premières et les conditions pathologiques qui en résultent.

La partie clinique est représentée par l'exploitation de 145 observations hospitalières recueillies au cours des trois années précédentes. Ces dossiers sont composés de fiches médicales et biologiques et de fiches psychiatriques reprenant les résultats de l'entretien du malade avec un psychiatre.

Une première étude de ces fiches a conduit à l'élaboration d'un plan d'interrogation psychiatrique permettant

d'exploiter mécanographiquement les dossiers féminins qui sont au nombre de 129. Dans un deuxième temps, cette somme de dossiers a été traduite en cartes perforées et soumises au classement par l'ordinateur qui a effectué le dépouillement global dans un premier essai dont il a classé secondairement les chapitres et extrait les questions des chapitres les plus significatifs.

Nous avons ensuite essayé d'intégrer ces résultats cliniques et nous avons établi des interférences entre la théorie et la pratique permettant ainsi de conclure aux "conditions d'apparition de l'obésité".

PREMIERE PARTIE

Chapitre Théorique

Psychogénèse et investigation :

la théorie analytique de l'obésité

A - Notions générales de désir et besoin

B - Le développement affectif de l'enfant

. Stade oral
. Stade anal
. Période oedipienne
. Stade de latence
. Adolescence

PREMIERE PARTIE

- Psychogénèse et investigation
- Théorie analytique de l'obésité

Dans cette première partie, nous allons succinctement rappeler tous les chemins que devrait suivre normalement l'affectivité d'un enfant et particulièrement d'une petite fille pour arriver à l'âge adulte et essayer de montrer comment peuvent se répercuter plus tard chez l'adulte, dans toute sa personnalité, les écarts ou les failles survenus au cours de la vie infantile.

Nous étudierons, un à un, tous les stades de la psychologie infantile définis par FREUD, et parmi eux voici les plus importants :

1. le stade oral qui est essentiel,
2. le stade anal, souvent inexistant pour les obèses,
3. le stade phallique suivi du "complexe d'Oedipe", qui a lui aussi une grande importance sur la vie affective future de l'homme et de la femme,
4. le stade dit de "latence",
5. le stade de l'adolescence et ses gros problèmes.

Au bout de ce long chemin, l'enfant a toutes les cartes qui composeront sa personnalité d'adulte. On ne saurait donc, encore une fois, trop insister sur l'importance de la psychologie de l'enfant dans sa vie future. L'obésité et l'hyperphagie seraient donc une compensation à une mauvaise adaptation, à des carences au cours du long cheminement de l'enfance.

A - NOTIONS GENERALES DE DESIR ET BESOIN

Place du Désir et Besoin de Nourriture.

Un désir est une aspiration vers quelque chose qui nous manque. Il "repose sur la tendance" et peut ne pas être satisfait si la volonté ne lui donne pas suite.

Les besoins eux, au sens classique, sont nécessaires à la vie ou à la survie. Les besoins organiques comme faim, soif, etc., sont des besoins primaires, de haute nécessité ; les besoins secondaires sont ceux nécessaires à la survie de l'individu. Il s'agit par exemple du besoin d'affection, de mouvement, etc.

Vis-à-vis de la nourriture, Besoin et Désir représentent deux composantes :

- l'une, nécessité biologique vitale s'exprimant par la faim,

- l'autre, sur le plan affectif, voeu de combler un manque et de réduire une tension, aboutissant à un plaisir.

Lorsqu'elles sont en accord, l'individu désire en quelque sorte manger à sa faim et sa conduite alimentaire est dite normale.

A l'opposé, on les voit se dissocier :

- lors de l'anorexie mentale : le désir est réprouvé, considéré comme mauvais, le besoin organique n'est pas satisfait ;

- ou bien l'acte de manger est, avant tout, recherché pour le plaisir qu'il apporte : ce désir est alors dissocié des besoins organiques ; la satisfaction d'un tel désir semble une nécessité impérieuse. Ce sera le cas, en général, de l'obèse.

Un tel investissement émotionnel de la nourriture, de ce qui passe par la bouche, de "l'oralité", trouve sa source dans les premiers stades du développement affectif.

B - LE DEVELOPPEMENT AFFECTIF DE L'ENFANT

L'enfant est un tout indissociable, dont l'épanouissement doit être harmonieux dans toutes les directions, chaque déficit particulier retentissant toujours, plus ou moins, sur les autres secteurs.

1. La première étape est le stade "oral"

marqué par une prédominance de la zone buccale et de la succion. Les pulsions instinctuelles du nourrisson se polarisent, en effet, autour de cette zone buccale essentielle : par elle passe l'alimentation indispensable, par elle aussi se fait le premier contact avec le monde. La nourriture représente les premières relations que l'enfant noue avec l'extérieur représenté ici par sa mère.

L'enfant acquerra peu à peu une activité dirigée vers l'extérieur.

Avec l'apparition d'une motricité volontaire mieux organisée et de la dentition, il va prendre les objets, les porter à sa bouche, tenter de les détruire, mordre.

Durant les premiers mois, les analystes (SPITZ, en particulier) pensent que "l'affectivité est rythmée par l'alternance plaisir-déplaisir, dépendant de la dyade faim-satisfaction de la faim".

La prévalence de cette organisation s'intrique avec le fait que la mère est la dispensatrice toute-puissante, d'un bien-être intérieur et aussi de la privation de ce plaisir, première frustration.

Une "image maternelle" va ainsi se créer dès la première année, dont on ne soulignera jamais assez l'importance pour tout l'équilibre ultérieur de l'enfant et même de l'adulte plus tard.

Cette image, comme nous l'avons dit plus haut, est nécessairement ambivalente, dans la mesure où elle donne, mais aussi refuse, selon un rythme difficilement compréhensible pour le bébé. L'enfant va même jusqu'à s'identifier, dans une certaine mesure, à la mère, à partir de la seconde partie du stade oral sous la forme d'une incorporation d'ordre alimentaire : l'enfant mordille le biberon et ne se contente plus de sucer.

Nous voyons donc que dans cette première relation Mère-Enfant, la nourriture apparaît tout naturellement comme le symbole de l'Amour.

La Relation Alimentaire, par ailleurs, a un rôle capital dans la différenciation du "Moi" et du "Non Moi" : le fait qu'une satisfaction puisse ou non être accordée montre au nourrisson non seulement qu'il existe "lui-même" mais qu'il existe un monde extérieur à lui.

L'enfant commence ainsi à entrer dans la Société en acceptant certains sacrifices pour s'assurer la bienveillance de la mère. La façon, plus ou moins habile, dont celle-ci va jouer le jeu sera déterminante : une mère trop rigide dans ses exigences risquera de provoquer l'angoisse chez son enfant ; une mère cédant à tous les caprices du bébé n'aura pas un effet meilleur et pourra être à l'origine d'une instabilité caractérielle et d'une insécurité, elle aussi source d'angoisse, dans la mesure où l'enfant ne parviendra jamais à définir à quelle norme il doit se fier.

L'un des moments majeurs de cette période est celui du sevrage, c'est-à-dire, de l'abandon de l'alimentation exclusivement liquide, caractéristique des premiers mois de la vie, au profit d'une nourriture de type adulte à la fois solide et diversifiée.

Mais analytiquement pour l'enfant, le sevrage a une autre signification très importante du point de vue psychologique, il ne s'agit pas seulement du passage du lait aux autres aliments, mais surtout d'une séparation avec la Mère, de l'acceptation de son départ.

Au cours du stade du sevrage, l'enfant marque souvent une opposition violente aux demandes maternelles. Cette période souvent délicate permet l'extériorisation d'un conflit latent.

Si la relation Mère-Enfant est bonne, il fera l'effort nécessaire pour satisfaire le désir de "Maman". Dans le cas contraire, il manifestera une opposition qui se traduira par des pleurs ou refus brefs la plupart du temps, mais, parfois, par des troubles plus graves pouvant aller jusqu'à l'anorexie qui peut nécessiter, parfois, une séparation "chirurgicale" du couple par hospitalisation de l'enfant.

Le sevrage anormalement tardif, les biberons prolongés inutilement sont le fait de mères possessives, souvent anxieuses, attachées à maintenir leur enfant dans un état de dépendance qui leur procure des satisfactions maternelles, mais entrave son évolution dans la conquête de son autonomie.

L'enfant éprouve momentanément lui aussi une certaine satisfaction à cette dépendance, mais il aura à le regretter plus tard car il risque de devenir incapable de supporter la moindre frustration, ce qui pourra faire de lui un être désarmé dans la vie, incapable de faire face aux difficultés surtout quand il devra quitter son milieu familial.

Nous voyons donc que toute cette période fort riche du développement affectif à sa phase orale groupe tous les éléments suivants :

- importance de la bouche comme source de plaisir ;

- relation de dépendance à la mère ;

- équivalence Nourriture-Amour ;

- importance de la nourriture comme solution des tensions ;

- passivité, puis activité dirigée vers l'extérieur ;

- structuration du Moi et du Non Moi.

Comment l'Oralité survit-elle au Stade Oral ?

Le stade oral ne s'achève pas entièrement avec la première année de la vie. Il perd de son importance devant d'autres intérêts et d'autres problèmes, mais il demeure sous-jacent. Certains traits de notre personnalité, certains comportements dérivent de l'oralité : les plaisirs de la table, le goût de la boisson, le fait de fumer, la succion du pouce, l'onychophagie et par suite les maladies telles que le diabète, l'obésité, l'anorexie mentale de la jeune fille, parfois l'alcoolisme même peuvent être considérés comme des résidus oraux, ou "des régressions morbides à un stade qui reste confusément dans notre esprit comme une sorte de paradis perdu".

"Toute cette première communication échappe encore, comme le remarque SPITZ, au domaine du verbal et se situe même chez la mère au niveau de l'inconscient". L'unique interlocuteur est la mère et il faudra attendre l'apparition du langage pour voir s'étendre le cercle relationnel.

Vers la fin du stade oral, la mère commence à se constituer en objet distinct. C'est vers le 8ème mois que son visage est nettement distingué des autres, et c'est aussi vers cet âge que la privation des soins maternels entraîne les troubles les plus sérieux (en particulier l'hospitalisme, réaction régressive avec retard physique, intellectuel et moteur d'enfants carencés en soins maternels à la suite d'une hospitalisation de longue durée, retard pouvant aller jusqu'au nanisme dit "par carence affective").

Au total, s'il n'est pas absolument certain que tout soit joué sur le plan affectif dès la fin de la 1ère année et du stade oral, il est indéniable qu'une très importante étape s'achève à ce moment, dont dépendra la stabilité ultérieure du comportement, la sécurité profonde de l'individu et son caractère équilibré ou non.

Aussitôt après, d'autres péripéties surviendront telles que l'acquisition de la discipline sphinctérienne, la découverte de la différence des sexes et, tout particulièrement, de celui des parents pendant même que se développeront les capacités intellectuelles permettant l'apprentissage du langage et la découverte des catégories logiques.

Les éléments oraux premiers vont s'intégrer aux acquis suivants. Le plaisir lié à l'oralité migrera sur d'autres zones pour se fixer définitivement et de manière prédominante chez l'adulte accompli sur la génitalité.

Passons rapidement en revue ces différentes étapes qui vont terminer le développement affectif de l'enfant.

2. Le stade anal

Ce stade, qui est celui de l'apprentissage de la propreté, domine entre 12 et 30 mois. Il coïncide avec l'acquisition de la marche qui rend possible une certaine autonomie de l'enfant sur le plan moteur et avec ses débuts de langage. Mais, et c'est là une des grandes découvertes de FREUD, le phénomène le plus important pour la personnalité pendant cette période de la vie est le conflit qui surgit alors entre la mère et l'enfant.

En effet, la propreté est une nouvelle exigence sociale, mais ce qui est encore plus nouveau, c'est que, cette fois, l'enfant a des possibilités considérables de chantage et il faudra toute l'habileté et l'intelligence de la mère pour que le conflit anal ne dégénère pas en guerre ouverte.

Mais la polarisation de cette période sur la muqueuse anale et urétrale n'exclut pas d'autres phénomènes. Il est, en effet, probable que c'est au cours de cette phase que naît la conscience du corps propre et le narcissisme ; l'enfant dissocie parfaitement son corps de celui de sa mère et se conçoit comme un être indépendant. Il s'isole et pose son Moi en face d'autrui (ce qui aura pour conséquence linguistique la découverte du "Je" et du "Moi").

Ce narcissisme fait partie des constituants normaux de la personnalité : son absence entraîne un état d'insécurité et un manque de confiance en soi, qui sont préjudiciables au dynamisme de l'individu, et se trouvent à la base de bien des timidités et de sentiments d'infériorité qui font sans cesse rechercher l'approbation élogieuse d'autrui.

3. Le stade phallique

Ce stade, centré sur la zone génitale, est marqué par l'importance du sentiment de castration et le complexe d'Oedipe (FREUD).

Nous avons vu que les premières phases du développement de l'enfant, phases "orales et anales" paraissent quasiment identiques chez garçons et filles : elles comportent en effet pour les deux sexes la même sorte de satisfaction instinctive, les sources organiques de ces instincts sont les mêmes ainsi que la personne qui est le centre du monde où les instincts se satisfont, c'est-à-dire la mère.

Par contre, à la période dite "Stade Phallique" la différence anatomique des sexes prend une signification particulière que nous allons essayer de montrer.

a - Le sentiment de castration

Pour le petit garçon, la découverte de l'absence de la verge chez la petite fille sera une surprise mêlée de fierté mais aussi de crainte : en effet, l'hypothèse qui lui vient immédiatement à l'esprit est celle d'une perte accidentelle : tout le monde est donc menacé de la même ablation.

La petite fille (H. DEUTSCH), partant des mêmes constatations, aboutit à des conclusions similaires. Elle peut se bercer un certain temps de l'espoir que son apparente incomplétude n'est que passagère et qu'il ne s'agit que d'un simple retard de croissance ; le sentiment

de fierté du petit garçon est remplacé chez elle par l'envie et il lui faudra néanmoins, tôt ou tard, reconnaître que l'absence est définitive et découvrir des substituts pour la compenser. Il est assez courant que cela n'aille pas sans mal et que des tentatives de rivaliser avec l'homme sur le terrain même de la virilité se prolonge pendant une longue période (protestation virile).

Ce sentiment de castration explique l'insécurité de ce stade : l'enfant demande constamment à être rassuré par ses parents, mais il devient mieux armé pour se défendre par lui-même contre les agressions de l'angoisse.

b - Le complexe d'Oedipe

occupe une place privilégiée dans l'explication Freudienne.

D'après FREUD, la situation oedipienne se résume ainsi :

"Le petit garçon éprouve le désir impérieux de posséder sa mère dans une relation duelle de type amoureux et il considère le père comme un rival, qu'il convient d'éliminer".

De son côté, la petite fille entre symétriquement en rivalité avec sa mère pour la conquête du père, mais les choses sont en réalité bien plus complexes dans son cas.

En effet, pendant la période précédente, la mère a été pour elle le pôle d'attraction unique, la sécurité, comme pour le garçon. L'attirance de la fillette pour le père l'oblige à se libérer du lien maternel. Cette lutte pour l'indépendance vis-à-vis de la mère ne va pas sans angoisse, sans crainte de perdre la mère. La fillette est partagée entre son besoin de protection maternelle et son agressivité jalouse dirigée contre la mère pour la conquête du père. Ceci empêche une symétrie absolue avec la situation du garçon.

Un problème se pose donc à l'enfant, surtout quand il commence à comprendre que cette situation est, en fait,

sans issue légitime. Il lui faudra donc trouver un moyen d'échapper à l'angoisse résultant de la prolongation du conflit et, en particulier, à la crainte de castration primitive de la part du parent lésé.

Cette phase de Résolution du Complexe d'Oedipe est essentielle et passe par l'identification au parent du même sexe ; il s'ensuit l'adoption de conduites adaptées au sexe du sujet, ce qui conditionnera l'avenir de celui-ci. Il est à noter que l'identification anatomique est plus aisée, plus franche et plus précoce que l'identification mentale et ceci explique en partie certaines déviations sexuelles de l'adulte.

En résumé : ce qui va caractériser essentiellement le stade phallique, c'est l'apparition d'une relation triangulaire et l'intervention du père.

Le père constitue à la fois une menace en défendant sa place aux côtés de la mère et une frustration pour l'enfant puisqu'il est l'objet du désir de la mère elle-même et la source indirecte du refus de celle-ci de se laisser totalement posséder par l'enfant. La jalousie du garçon pour le père passe donc par la personne de la mère.

Cela explique aussi que la position de la fillette soit radicalement opposée et plus ambiguë, l'ambivalence maternelle ayant bien moins lieu de se manifester dans son cas, mais les sentiments de jalousie l'emportant plus nettement.

Comment réaliser l'identification au parent du même sexe, c'est-à-dire comment résoudre l'Oedipe ?

- Pour le petit garçon ce sera plus simple. En effet, l'enfant ressent de plus en plus un besoin d'indépendance, besoin d'adaptation active à la Réalité. Et cette Réalité, ce Monde extérieur, en premier lieu sont représentés par le père.

Une alliance masculine, libre des complications émotives tenant aux rivalités pour l'amour de la mère, s'établira peu à peu entre le père et le fils. Le père soutient la jeune virilité de son fils et de ce jour tous deux sont engagés dans la lutte non pas pour l'amour de la mère mais contre elle, contre sa dépendance.

- En ce qui concerne la petite fille, l'identification à la mère oedipienne est plus tardive, faisant suite à l'attraction par le père, et à la volonté de se détacher de la tutelle de la mère prégénitale. Après la période de rivalité pour l'amour du père, elle verra son agressivité envers sa mère diminuer et le processus aboutira à une relation tendre, réconciliée avec la mère. Cette relation constitue l'une des conditions essentielles nécessaires à l'harmonie psychologique future de la femme.

Tout ceci tend à prouver qu'il ne saurait y avoir d'"adultisation possible sans solution convenable de l'Oedipe" et on conçoit aisément qu'un mécanisme aussi délicat puisse se détraquer facilement. C'est ainsi qu'une bonne part de la pathologie névrotique ultérieure provient de son mauvais fonctionnement : de l'absence de l'un des pôles de la relation triangulaire, ou encore, et surtout, peut-être, du fait que les pôles parentaux ne sont pas tenus adéquatement.

Un garçon qui a résolu son Oedipe, qui s'est libéré de la dépendance de sa mère est plus qu'actif, il combat pour sa position active, il trouve ainsi une issue pour son agressivité. Lors de sa croissance physique et psychologique, ses forces actives et agressives se distribuent de manière à renforcer son Moi et à le faire accepter par la société.

Par contre, un garçon dont le père est absent, lors de la phase de résolution oedipienne ne pourra pas passer par le stade nécessaire d'une identification masculine, à moins qu'un substitut approprié ne se présente ! Le garçon risquera de rester indéfiniment rivé à la mère

et ne va pas pouvoir ultérieurement assurer un rôle viril, si ce n'est de façon factice et avec une inquiétude perpétuelle. Ses relations futures avec la femme demeureront toujours marquées de ce fait : s'il se marie il y a de fortes chances que ce soit avec un substitut maternel.

L'absence du père n'est pas nécessairement physique : elle peut résulter de son effacement dû à une mère abusive ou encore de sa propre faiblesse et de son manque de virilité.

A l'inverse, l'absence de la mère cause des troubles graves : agressivité, anxiété, troubles sexuels et insécurité (dans le cas par exemple d'une mère peu maternelle et privilégiant sa relation avec l'époux aux dépens de l'enfant gêneur).

Prenons maintenant le problème de la fillette

- Il peut arriver que le père prenne aux yeux de sa fille une importance hypertrophique. Suivant les cas, deux attitudes sont à craindre :

1. Ne pouvant obtenir la réalisation de son désir oedipien, la fillette idéalise son "Père" en tant qu'homme, elle s'identifie à lui pour ne pas le perdre... Elle en veut à sa "Mère" de faire obstacle entre elle et son "Père", refusant sa féminité... C'est alors la "Protestation virile" à laquelle nous avons déjà fait allusion : elle accusera des manières viriles qui pourront se prolonger jusqu'à la vie adulte.

Ce genre de fillette se liguera avec des garçons, surtout si elle a des frères, et il est frappant de voir avec quelle facilité le besoin d'une activité garçonnière se transforme dans une direction masochiste : les garçons l'acceptent à condition qu'elle supporte d'être battue de temps en temps et d'être contrainte à des actes humiliants. Mais elle mettra son point d'honneur à être leur égale et fera tout pour cela. Pour H. DEUTSCH, ceci est un exemple typique d'une double

satisfaction, la petite fille accepte la souffrance pour être "comme" les garçons, mais aussi c'est déjà une petite femme chez qui les éléments actifs et masochistes jouent parallèlement les uns aux autres.

Plus tard, son Moi n'acceptera pas facilement ce double jeu et des conflits apparaîtront, dont la solution sera l'une de ses tâches les plus difficiles.

Cette identification durable au père risquera de faire de la fillette une femme active et virile qui fera figure de résistance et d'agressivité dans le combat de la vie et qui sera érotiquement solitaire, évitant tout danger.

2. La surestimation du père peut également épuiser les sources émotives, qui, lors de la maturité sexuelle, auraient été utilisées pour des objets hétérosexuels. Cette idolâtrie abusive pour le père, qui existe dans une telle relation active, ne peut sans difficulté se transférer à un autre homme auquel seront présentées de dures exigences. Ceci compliquera la découverte d'un objet amour et les exigences sans cesse renouvelées qui seront imposées à l'homme peuvent constituer un grand obstacle au bonheur dans l'amour et dans le mariage.

- A l'inverse, l'absence du père peut elle aussi être très grave pour l'équilibre psychologique de la fillette. Cette absence peut d'ailleurs être réelle ou psychologique : dans ce dernier cas il s'agit d'un père dévalorisé aux yeux de la fillette car il paraît n'avoir aucun rôle dans la famille, la mère en étant le chef unique. Dans ce cas, l'enfant ne pourra pas compter sur ce père pour se détacher de sa mère prégénitale : elle restera fixée et identifiée à elle dans une relation binaire favorisant les structures phobiques si fréquentes chez les obèses et se traduisant soit par la passivité, soit par l'hyperactivité.

Il faudrait ajouter à cette description les dimensions supplémentaires que peuvent introduire la présence d'une fratrie, il faut souvent une assez longue période

pour que l'enfant parvienne à surmonter sa jalousie par un processus de "sublimation" (en assurant par exemple un rôle protecteur vis-à-vis du petit fragile) ou encore par une "compensation" trouvée dans la présence d'un camarade de jeu toujours là au moment opportun.

Il n'est d'ailleurs pas rare que coexistent pendant longtemps les deux catégories de sentiments, ou qu'ils alternent selon les circonstances.

Il n'y a donc rien d'anormal à entendre un petit enfant exprimer des voeux chaleureux de destruction ou d'éloignement du benjamin. L'art des parents consistera à tolérer l'expression de ses affects et à canaliser l'agressivité, par exemple en offrant précocement à l'aîné un rôle valorisant à sa mesure (surveillance, aide matérielle pour l'alimentation).

4. Le stade de latence

La personnalité est pratiquement constituée dès la fin de la période oedipienne, le corps est entièrement découvert, les principales pulsions reçues en héritage sont apprivoisées sinon maîtrisées ; le "Moi" est devenu consistant et une certaine continuité de la vie affective est désormais possible.

La maturation intellectuelle ouvre de nouveaux champs d'investigation aux intérêts de l'enfant. Une nouvelle phase commence vers la 7ème année et va durer jusqu'à la puberté.

La libération des exigences de l'instinct sublimées en curiosité intellectuelle et sociale, fait de ce stade l'âge d'or de l'école. Mais une affectivité équilibrée est la seule condition d'une bonne scolarisation. Toute l'éducation antérieure prépare le terrain favorable à l'instruction.

5. La période de l'adolescence

"Ce stade correspond à l'assomption de la sexualité authentiquement adulte", lors de la puberté.

Il faudra attendre la fin de ce stade pubertaire pour pouvoir considérer que l'individu est parvenu au stade génital : encore est-il probable qu'un large pourcentage des sujets n'atteindront jamais la pleine maîtrise génitale, ce qui pourrait expliquer la fréquence des névroses d'origine sexuelle, liée à la précarité des solutions adoptées, en désespoir de cause, par tous ceux qui n'ont pu parvenir à la maturité parfaite.

Mais à ce stade, appelé encore "stade de l'adolescence", tout n'est pas joué, et c'est la période des grandes modifications physiologiques et psychologiques qui aboutira à l'adulte accompli.

A ce niveau, nous allons noter de grandes différences entre les problèmes de la fille et ceux du garçon, différences qui se retrouvent chez l'adulte. Elles sont en grandes parties dues au fait que ce grand besoin d'Activité et d'Affirmation du Moi va rencontrer chez la jeune fille une inhibition imposée à la fois par le "Monde extérieur et le Monde intérieur".

Nous allons essayer de schématiser le processus complexe qui va constituer la psychologie féminine, en le comparant à ce qui se passe chez le garçon. Pour cela nous allons reprendre la théorie d'Hélène DEUTSCH qui a particulièrement étudié ces problèmes.

Pour le garçon, l'adolescence est l'âge de la libération : il combat pour sa position active et trouve ainsi une issue pour son agressivité. "Des forces actives" vont se distribuer de manière à renforcer son Moi et à le faire accepter par la société.

Mais en ce qui concerne la fillette, le processus va être beaucoup plus complexe :

- Tout d'abord, la sexualité de la femme reste plus inhibée que celle de l'homme. Ceci peut s'expliquer anatomiquement et biologiquement. Cette inhibition est renforcée chez la jeune fille par son éducation.

L'adolescence va se traduire chez elle par des rêveries intenses qui aboutiront à l'érotisme particulier de la femme adulte : la sexualité de la femme reste plus spiritualisée que celle de l'homme. Ce besoin d'érotisme sublimé est si inhérent à l'âme féminine que les jeunes filles qui prétendent se passer de l'amour platonique idéal et s'engagent prématurément dans une réalisation physique, y réagissent d'habitude par une sensation de vide et de désappointement.

Normalement, l'imagination sexuelle et le désir de son accomplissement peuvent pendant longtemps se montrer plus satisfaisants que toute réalisation et c'est ainsi que se prolonge la différence essentielle que voit l'adolescente entre l'érotisme et la sexualité.

"Façonner le désir érotique de telle sorte qu'il ne refuse pas l'expérience directe de la sexualité est l'un des buts de la maturité sexuelle de la femme. Ce processus de sublimation donne à la vie érotique de la femme des aspects plus variés que n'en a celle de l'homme mais il menace sa possibilité d'obtenir la satisfaction sexuelle directe."

"L'inhibition constitutionnelle de la sexualité de la femme est particulièrement difficile à surmonter parce que, à la suite de la sublimation, cette sexualité se trouve plus compliquée (et les conditions de satisfaction plus exigentes) que le simple désir de libération de la tension sexuelle qui caractérise en général la sexualité masculine."

- Un autre caractère spécifique de la féminité est le narcissisme. Ce narcissisme est un des phénomènes importants de l'adolescence : il apporte aux deux sexes la possibilité de l'auto-observation qui caractérise cette période de la vie. Et c'est l'utilisation prolongée du narcissisme au-delà de l'adolescence qui est particulier à la femme. FREUD pense que "le charme de la femme dépend de son amour d'elle-même, de son désir narcissique d'être aimée".

La continuation du narcissisme au-delà de l'adolescence est la conséquence d'un système d'autodéfense par lequel le "Moi" se protège des buts dangereux où risquent de l'entraîner les tendances sexuelles. Pour cela, il renforce sa sécurité en intensifiant son amour de lui-même, son Narcissisme.

Les buts sexuels de la femme sont dangereux pour son Moi parce qu'ils ont un caractère masochiste.

- Ce masochisme est un 3ème aspect de la psychologie féminine : il correspond à ce qu'H. DEUTSCH appelle "l'activité dirigée vers l'intérieur". Cette activité est parallèle à l"activité masculine dirigée vers le dehors" et "le masochisme est parallèle à l'agression qui accompagne l'activité masculine déjà nette à l'adolescence".

Au stade de l'adolescence, le Monde extérieur va potentialiser ce caractère masochiste en exerçant une influence inhibitrice à la fois sur l'agressivité et sur l'activité de la fillette.

Nous avons vu comment le père n'acceptera pas en général d'aider sa fille à libérer son agressivité. Mais, en échange, il lui offre une compensation, son amour et sa tendresse. La fillette va donc abandonner une bonne part de son agressivité non seulement à cause de sa faiblesse, des tabous extérieurs, mais surtout à cause du Cadeau d'Amour qu'on lui donne en échange.

Ce processus jouera sans cesse dans sa vie de femme.

"Activité devient Passivité.

Agressivité est abandonnée pour le plaisir d'être aimée."

Après ce renoncement, les forces agressives qui ne sont pas activement dépensées doivent trouver une issue et elles le font en dotant l'état passif d'être aimée d'un caractère masochiste.

La vie imaginative des fillettes au cours de la puberté révèle un contenu manifestement masochiste (imaginations de viol, douleurs de l'enfantement, etc...), les rêves sont associés à la peur non au plaisir et diffèrent par là des rêves de puberté du garçon, rêves dont le caractère est nettement sexuel.

Les imaginations conscientes elles, par contre, sont érotiques puisqu'elles sont associées à la masturbation. En général, on y distingue 2 actes :

- le premier, masochiste, provoque la tension sexuelle,

- le second, narcissique, procure les délices d'être aimée et désirée.

Ces imaginations disparaissent quand la masturbation est abandonnée et cède à la place à des engouements érotiques dépourvus de sexualité directe. La tendance masochiste se traduit alors par la nostalgie et le désir de souffrir pour l'aimé (en général un inconnu).

Bien des femmes gardent longtemps ces imaginations masochistes sans qu'il y ait chez elles aucune trace de perversion. Bien au contraire.

Nous avons donc étudié tous les critères psychologiques qui composaient la vie affective de la femme au sortir de l'adolescence. Pour conclure, nous allons essayer de montrer succinctement comment ces facteurs jouent les uns par rapport aux autres chez la femme adulte.

- Un harmonieux équilibre entre ces éléments caractérise la femme féminine dont le trait dominant est l'érotisme.

Ce qui caractérise essentiellement cette femme, c'est l'aptitude à s'identifier à l'homme de la façon la plus favorable au bonheur des 2 partenaires. C'est à la femme qu'échoit la plus grande part du travail d'adaptation : elle abandonne l'initiative à l'homme et

renonce à son originalité propre. Elle rend l'homme heureux d'une manière narcissique : "Il est merveilleux et je fais partie de lui".

De telles femmes seront des compagnes de vie idéales : si elles possèdent la qualité féminine de l'instruction, elles sont aussi d'idéales collaboratrices qui inspirent l'homme. Elles savent s'adapter à leur compagnon et le comprennent. Elles savent aussi s'effacer. Au point de vue sexuel, elles seront rarement frigides mais exigent des conditions narcissiques : elles demandent Amour et désir Ardent et trouvent là une compensation satisfaisante au renoncement de leurs propres tendances actives.

Une telle attitude comporte 2 dangers :

- le premier est le danger d'une sujétion masochiste et de la perte de sa propre personnalité. Si ce danger est évité, nous voyons là le type le plus satisfaisant de la "femme féminine" : la tendance à l'identification, à l'acceptation d'une influence, au renoncement masochiste en faveur d'autrui sont les qualités de "femme féminine typique". Son narcissisme joue le rôle de contrepoids au masochisme.

- Mais si son narcissisme est trop puissant, apparaît alors le 2ème danger, ses demandes excessives risqueront d'appauvrir ses relations avec l'objet et pourront la conduire à se sentir frustrée et déçue.

Nous voici arrivés à l'accomplissement de la femme adulte.

Les traits psychologiques de la vie affective sont tracés. Nous avons suivi le cheminement de son affectivité et essayé de montrer la complexité et, par là même, la fragilité de cet équilibre.

Si tout se passe dans des conditions normales, la femme pourra s'épanouir dans un bon équilibre, aura tous les atouts en main pour se lancer dans la vie, s'adapter et surmonter ses problèmes.

Si, au contraire, on note des carences affectives au cours du long développement que nous venons d'étudier, la femme qui "naîtra" risquera d'être une désadaptée.

Ceci nous amène à la IIème partie de cette thèse : nous allons voir comment la théorie que nous venons d'avancer va s'appliquer à la réalité.

Pour cela, nous avons étudié cliniquement des cas de malades obèses traités en milieu hospitalier et essayé de rechercher, chez ces patients, l'importance des facteurs psychogènes dans leur obésité.

D E U X I E M E P A R T I E

Méthodologie et Matériel

. Fiches cliniques
. Questionnaire
. Transcription en informatique

DEUXIEME PARTIE

Méthodologie et Matériel

Nous avons décrit au début de cette thèse l'obésité comme "une maladie de l'homme total", comme la conséquence d'une adaptation manquée, comme "une conduite d'échec, la réaction de l'individu à la frustration".

Nous avons vu aussi comment l'oralité survivait au stade oral et finalement comment l'hyperphagie semble être une régression au stade oral, un retour à un type primitif de comportement dans lequel l'individu se réfugie comme vers un havre où il trouvait le plus de satisfaction dans son enfance. Ce havre est devenu une compensation aux autres carences dans l'épanouissement du sujet.

Les travaux de H. BRUCH ont bien montré en quoi l'hyperphagie était une réaction de défense, une tentative pathologique d'adaptation, un véritable processus actif bien qu'anormal.

Elle a décrit comment des mères peu affectives compensent ce défaut par une suralimentation de leur enfant, suralimentation qui exprime leur "affection" et apaise leur culpabilité. L'enfant progressivement inhibé dans ses réactions d'indépendance trouve dans l'alimentation les substituts de l'Amour.

L'alimentation devient le lien quasi exclusif entre la mère et l'enfant et autour duquel se construit l'ensemble des relations avec le monde.

Cette régression vers le stade oral va se manifester chez un tel sujet au moment de faire face à chaque difficulté, il régressera vers un souvenir de l'enfance, une nostalgie de cette période orale où il trouvait le plus de bénéfices. Il semble que ceci se rapproche de l'attitude de l'enfant : "Je veux tout pour moi seul, tout de suite et encore" ; il s'agirait donc généralement d'une hyperphagie réactionnelle, faisant suite à

un événement qui a troublé l'équilibre précaire du sujet (perte d'un être cher, accident, mariage, grossesse, etc.). Le sujet, dans notre étude, principalement la femme, est soumise à des pulsions affectives internes qu'elle ne peut maîtriser et elle a recours à l'alimentation pour calmer l'angoisse qui naît à coup sûr d'une telle situation.

C'est ce que nous avons essayé de vérifier et d'étudier sur 145 observations hospitalières.

A - Méthodologie

Nous avons centré notre étude sur 145 observations recueillies de 1968 à 1972 dans le service d'endocrinologie du Professeur BOULARD. Ces 145 malades ont été vus d'une part sur le plan somatique par un endocrinologue et parallèlement sur le plan psychologique par un psychiatre à tendance analytique, ce qui explique notre choix d'une méthode analytique d'investigation. Nous avons donc repris les dissertations établies sur chacun des 145 malades par le psychiatre, dissertations basées sur des entretiens répétés avec ces obèses. Sur ces 145 cas, nous n'avons pu en exploiter que 136, 9 malades étant des oligophènes avec qui tout dialogue s'avère impossible. En analysant ces dossiers, une constatation s'est offerte à nous : parmi ces 136 personnes, nous comptons seulement une dizaine d'hommes. C'est ce pourcentage élevé de femmes qui consultent pour raison d'obésité qui nous a incités à étudier plus particulièrement au cours de la première partie le développement normal de la psychologie féminine.

Ceci ne veut pas dire qu'il n'y ait qu'un quinzième d'hommes parmi les obèses, mais les hommes paraissent ou plutôt veulent souvent paraître moins soucieux de leur plastique que la femme et beaucoup négligent volontairement ce problème par fierté.

De toute manière, il semble cependant vérifié que les hommes acceptent beaucoup mieux leur "obésité" (le narcissisme est l'apanage des femmes) qu'ils confondent peut-être, selon les idées d'autrefois, avec la "force". Mais nous verrons plus loin combien, chez eux aussi, sont importants les facteurs psychogènes dans leur obésité.

Nous avons donc commencé à étudier les problèmes de la femme puisque nous avons vu son importance dans notre échantillonnage (129 femmes sur 136 obèses).

Pour pouvoir étudier si des failles sont survenues au cours du développement affectif de nos obèses, nous avons essayé de dresser un questionnaire type dans lequel chaque rubrique se rapporte à un stade important de ce cheminement, et en comparant les réponses de nos malades avec la normale telle que nous l'avons tracée au cours de la première partie, nous avons essayé de situer et de cerner le mieux possible les carences à leur origine.

Voici le modèle du questionnaire que nous avons soumis à nos malades. Nous l'avons donc fait en adaptant les connaissances théoriques énoncées au chapitre premier à l'expérimentation clinique, afin de vérifier comment cette réalité va "coller" à la théorie.

ENQUETE PSYCHIATRIQUE

OBSERVATION N° _____ Nom : _____ Prénom : _____

MOTIF DE LA CONSULTATION :

- Obésité mal supportée en tant que telle [oui] [non]
- Obésité bien supportée mais mal vécue pour les troubles secondaires [oui] [non]
- Pression et culpabilisation par l'entourage [oui] [non]
- Conséquences organiques [oui] [non]

TYPE DE L'OBESITE :

- Réelle [oui] [non]
- Vécue comme telle [oui] [non]

HABITUDES ALIMENTAIRES :

- Obésité avec hyperphagie [oui] [non]
  - si oui [avec faim] [sans faim]
  - si non : en correspondance avec [frustration] [contrariété]

REACTION AU TRAITEMENT :

- Régime bien suivi [oui] [non]
  - si oui : avec agressivité sur le sujet [oui] [non]
    avec agressivité sur l'entourage [oui] [non]
  - si non : avoué [oui] [non]
    tricherie [oui] [non]

MEDICATION :

- Bien acceptée [oui] [non]

PSYCHOTHERAPIE :

- Psychothérapeute bien perçu [oui] [non]
- Psychothérapie [Réaction de scepticisme] [Réaction d'espoir de salut] [Agressivité]

PREMIER PRONOSTIC [BON] [MAUVAIS]

I — PERIODE ORALE

- Allaitement maternel : oui ☐ non ☐
- Education par la mère : oui ☐ non ☐
- Carences réelles (guerre) : oui ☐ non ☐

Réponses somatiques :

- Refus actuel du lait : oui ☐ non ☐

Réponses psychologiques :

- Agressivité contre la mère : oui ☐ non ☐
- Dépendance envers la mère : oui ☐ non ☐

2 — PERIODE ANALE

Age de la propreté diurne : ☐,☐

Age de la propreté nocturne : ☐,☐

Enurésie : oui ☐ non ☐

- Si oui Age : ☐,☐

Réactions aux ordres de la mère : Obéissance ☐ Indifférence ☐ Révolte ☐

3 — PERIODE OEDIPIENNE

- Père réellement absent : oui ☐ non ☐
- Père psychologiquement absent : oui ☐ non ☐
- Fixation au père : oui ☐ non ☐
- Déception par le père : oui ☐ non ☐
- Opposition au père : oui ☐ non ☐

4 — PERIODE DE LATENCE

Scolarité acceptée : oui ☐ non ☐

Scolarité : bonne ☐ mauvaise ☐

Peur des autres : oui ☐ non ☐

Enfant unique : oui ☐ non ☐

Intérêt sexuel : oui ☐ non ☐

Réponse des parents : acceptation ☐ refus ☐

Intérêt au monde extérieur : important ☐ nul ☐ indifférent ☐

5

ADOLESCENCE

Préparation à la menstruation oui ☐ non ☐

Masturbation avouée sans culpabilité ☐ avec culpabilité ☐

niée sans culpabilité ☐ avec culpabilité ☐

Intérêt au flirt oui ☐ non ☐

Fixation homosexuelle à un(e) ami(e) oui ☐ non ☐

Opposition à la mère oui ☐ non ☐

Opposition au père oui ☐ non ☐

Identification à la mère oui ☐ non ☐

Identification au père oui ☐ non ☐

Acceptation de la société oui ☐ non ☐

PERIODE ADULTE

6

Début de la vie sexuelle

Peur de la sexualité oui ☐ non ☐

Fuite dans le mariage oui ☐ non ☐

- choix d'un "mauvais objet" oui ☐ non ☐
- répétition du triangle familial oui ☐ non ☐
- choix systématique du contraste familial oui ☐ non ☐

Refus de la sexualité oui ☐ non ☐

Refus du mariage oui ☐ non ☐

- frigidité ou impuissance oui ☐ non ☐
- satisfaction sexuelle oui ☐ non ☐
- culpabilité oui ☐ non ☐

PERIODE ADULTE

7 Période génitale

- Vie génitale — acceptée ☐ — refusée ☐
- Enfants — oui ☐ — non ☐
  - si oui nombre : ☐,
- Fonction maternelle ou paternelle
  - bonne ☐
  - indifférente ☐
  - mauvaise ☐
  - nulle ☐
  - hypertrophique ☐
- Contraception — oui ☐ — non ☐ — acceptée ☐ — refusée ☐
- Grossesses
  - toutes bien vécues ☐
  - certaines mal vécues ☐
  - toutes mal vécues ☐
- Accouchements
  - tous bien vécus ☐
  - certains mal vécus ☐
  - tous mal vécus ☐
- Angoisse devant l'enfant — oui ☐ — non ☐
- Appel à la mère — oui ☐ — non ☐
- Acceptation du départ de l'enfant — oui ☐ — non ☐

8 Ménopause

- Acceptation — oui ☐ — non ☐
- Dévalorisation — oui ☐ — non ☐

Vie professionnelle

- Existence — oui ☐ — non ☐
  - si oui motivation
    - obligation matérielle ☐
    - fuite de la condition féminine ☐
    - complément de féminité ☐
    - besoin de réparation ☐
- Gratifiante — oui ☐ — non ☐
- Adaptation au travail — oui ☐ — non ☐

9	Liés à la période n° :			
EVENEMENTS EXTERIEURS	Naissance d'autres enfants	oui ☐	non ☐	☐
	Perte d'un être cher	oui ☐	non ☐	☐
	Transplantation	oui ☐	non ☐	☐
	Changement de conditions de vie	oui ☐	non ☐	☐
	Rupture du triangle familial	oui ☐	non ☐	☐
	Autre rupture du milieu familial	oui ☐	non ☐	☐
	Autre événement mal accepté	oui ☐	non ☐	☐
OBESITE	Apparition liée à la période n° ☐			
TYPAGE	Structure hystérique avec très fort noyau oral			☐
	Equivalent dépressif			☐
	Autre			☐

C.E.I.P. (Centre d'Etudes pour l'Industrie Pharmaceutique)
195, route d'Espagne - 31023 TOULOUSE CEDEX
Tél. (60) 40-55-00

Nous insisterons sur les difficultés rencontrées par le psychiatre pour questionner le malade et surtout interpréter ses réponses.

Pour aboutir à une théorie "générale", nous avons dû établir une série de questions qui soit la même pour tous. Or, ce questionnaire est forcément rigide et ne peut traduire toutes les nuances. C'est nous qui devons les déduire, avec l'aide du psychiatre, des réponses à l'interrogatoire.

De plus, cette enquête est psychologique et les finesses de ce domaine ne sont pas ressenties par tous de la même manière, et entre le conscient et le subconscient le chemin est long. Nous avons rencontré de nombreuses personnes de bonne foi qui ignoraient des problèmes très importants alors qu'elles insistaient sur des faits pour nous sans importance.

La psychanalyse ou plutôt l'investigation d'inspiration psychanalytique nous a apparu comme la méthode d'investigation qui nous permettait le mieux de comprendre les mécanismes internes et le dynamisme des obèses.

Elle nous a permis aussi de poser un assez grand nombre de questions portant sur toute la vie de l'individu qui, en se recoupant, nous ont donné un aperçu mécanographique le plus proche possible de la clinique.

Dans un premier temps, nous avons donc rempli ce questionnaire en nous appuyant sur les réponses des malades, puis nous avons fait traiter l'ensemble des réponses par la mécanographie.

B - Matériel utilisé pour regrouper les renseignements

L'ordinateur nous a beaucoup aidés pour établir les statistiques générales et la tendance du profil psychologique de l'obèse en nous évitant une grande perte de

temps pour compulser tous les questionnaires. L'ordinateur prend l'ensemble des fiches individuelles dûment complétées. Chaque question constitue un paramètre différent.

- Dans un premier temps, nous avons obtenu le nombre de réponses à chaque paramètre en fonction seulement du nombre total d'expérimentations.

Par exemple - Total d'expérimentations : 129

Question : L'obésité est-elle bien supportée ?

Réponse : 12 oui ; 117 non.

- Dans un deuxième temps, l'ordinateur nous a fourni les solutions les plus significatives se rapportant aux différents groupes de malades en indiquant "Réponse significative ou non".

Par exemple, nous verrons plus loin que le "Père psychologiquement absent" à la période oedipienne est très significatif des obésités de l'adolescence.

- Dans un troisième temps, l'ordinateur a appliqué chaque paramètre successivement aux 2 grandes périodes d'apparition de l'obésité, l'adolescence et la maternité. Nous avons pu ainsi approcher le profil psychologique de ces 2 catégories d'obèses.

Mais si l'ordinateur nous aide beaucoup pour compiler les réponses, nous avons eu souvent des difficultés d'interprétation du fait de la nature psychologique des questions.

En effet, nous l'avons dit plus haut, ce questionnaire est psychologique et l'ordinateur connaît seulement la réponse oui ou non et néglige les finesses de la psychologie. Nous avons donc été obligés d'interpréter ces résultats en fonction des observations du psychiatre, observations recueillies au lit des malades.

Nous voyons donc par là que si la mécanographie peut aider le médecin, elle ne peut tout faire et le dialogue, le contact humain avec le malade ne peut être remplacé par le perforage même "juste" d'un carton mécanographique.

Nous avons donc décrit ici le matériel et la méthodologie utilisés pour l'étude des 129 dossiers "femmes".

Les hommes étant en nombre très restreint dans notre échantillonnage (seulement 7), nous avons pu facilement analyser leurs réponses sans l'aide d'aucun matériel ainsi que nous pourrons le voir dans le 3ème chapitre de cette thèse.

TROISIEME PARTIE

Intégration des notions théoriques dans une "clinique" d'apparition d'obésité

A - Les femmes

B - les hommes

(Information et déduction analytique - corrélation entre la théorie et la clinique)

TROISIEME PARTIE

Intégration des notions théoriques dans une clinique d'apparition de l'obésité.

A - ETUDE DES FACTEURS PSYCHOGENES DE L'OBESITE CHEZ NOS MALADES "FEMMES"

a - La première série de questions posées est d'ordre général, clinique, mais pas encore psychologique ni psychiatrique.

Dressons un tableau schématique des réponses avant de les analyser.

Total expérimentations : 129		
. Obésité mal supportée	:	117 cas
. Pression de l'entourage nécessaire	:	11 cas
. Conséquences organiques	:	41 cas
. Obésité réelle	:	129 cas
. Vécue comme telle	:	125 cas
. Avec hyperphagie	:	115 cas
. Régime bien suivi	:	68 cas
. Régime mal suivi avoué	:	30 cas
. Médication bien acceptée	:	109 cas
. Psychothérapie bien reçue avec espoir de salut	:	74 cas
. Réaction de scepticisme à la psychothérapie	:	40 cas
. Réaction d'agressivité à la psychothérapie	:	15 cas
. Pronostic bon	:	64 cas

En examinant ces réponses, nous constatons que l'obésité est toujours réelle, et mal supportée : la malade en général vient consulter d'elle-même. Une pression de l'entourage s'est avérée nécessaire dans une dizaine de cas seulement.

La quasi-totalité de nos malades se plaignent d'avoir toujours faim. De cette faim, découle une hyperphagie qui entretient l'obésité.

Souvent ces accès de faim surviennent à une période fertile en contrariétés. Il semble alors que ces malades, même si elles essaient de suivre le régime, "assimileraient l'air du temps", et grossissent à ces moments d'angoisse et de frustration, même si l'hyperphagie est jugulée. Ceci nous amène déjà à penser qu'un traitement psychiatrique doit obligatoirement accompagner le traitement diététique.

Ce régime est très souvent mal suivi, même si une minorité (30) l'avoue sincèrement ; ceci risque bien sûr de compromettre le traitement.

Pour essayer de stopper la faim, nous l'avons vu, il faut essayer de stopper l'angoisse. Ceci est le domaine de la psychothérapie et de la chimiothérapie (anxiolytiques). En général, nos malades s'y raccrochent avec un sincère espoir de salut et on les sent prêtes à nous aider à les tirer de là. Mais un trop grand nombre semble plutôt sceptique (une quarantaine), une minorité est agressive et le contact sera difficile.

Souvent, bien sûr, il faudra de nombreuses visites pour gagner la confiance de la malade et vaincre son agressivité qui n'est souvent qu'une traduction d'une angoisse et d'une timidité excessives. Nous constatons de telles réactions principalement chez des adolescentes.

b - Du point de vue psychiatrique, nous avons noté parmi nos malades une très forte proportion d'hystériques.

Cette structure hystérique se retrouve dans 102 cas, les 27 observations restantes concernent souvent des adolescentes chez qui la structure est encore mal définie.

Ceci nous amène à sérier nos obèses en 2 classes :

- Celles qui ont vu leur obésité commencer à la puberté et qui sont des hystériques qui ont "décompensé" au moment des problèmes d'identification à la mère oedipienne.

- Celles qui ont vu leur obésité commencer après le mariage et surtout après les naissances des enfants, c'est-à-dire au moment où ont commencé les difficultés. Jusque-là tout était plus ou moins bien rentré dans l'ordre, mais devant les soucis et les responsabilités, elles "décompensent" et nous sommes en présence de bon nombre de déprimés à structure hystérique.

Les chiffres du tableau suivant nous montrent d'ailleurs que ces 2 périodes de la vie sont celles où ont débuté le plus grand nombre d'obésités parmi nos expérimentations.

A quelle période nos obèses ont-elles commencé à grossir?	
	- 2 au stade oral
	- 1 à la période anale
	- 2 à la période oedipienne
	- 4 à la période de latence
	- 43 à l'adolescence
	- 19 au début de la vie sexuelle
	- 57 à la période génitale, c'est-à-dire après les maternités,
	- 1 à la ménopause

Pour analyser les réponses à notre enquête psychiatrique et essayer d'adapter notre théorie à la pratique, nous allons sérier nos malades suivant une double répartition :

1 - les obésités qui ont commencé jusqu'à l'adolescence incluse,

2 - les obésités qui ont commencé au début de la vie génitale et surtout au moment de la maternité.

1. Obésités de l'adolescence

Commençons par dresser un tableau récapitulatif des réponses des patientes qui ont vu leur obésité commencer dès l'adolescence et même avant ce stade, afin d'avoir une idée générale du profil psychologique de ces sujets.

Bien évidemment, nous nous bornerons à étudier les questions concernant uniquement le stade oral, le stade anal, le stade oedipien, la période de latence et la période de l'adolescence, puisque c'est dans ces périodes que vont se situer les facteurs déclenchants de l'obésité.

	Nombre d'obésités ayant débuté jusqu'à l'adolescence incluse. . .	52
Stade oral	- Education par la mère	48 cas
	- Refus actuel du lait	36 cas
	- Agressivité vis-à-vis de la mère	14 cas
	- Dépendance vis-à-vis de la mère	29 cas
Stade anal	- Enurésie	30 cas
	- Obéissance aux ordres de la mère	11 cas
	- Révolte	31 cas
Période oedipienne	- Père réellement absent	6 cas
	- Père psychologiquement absent	30 cas
	- Fixation au père	24 cas
	- Déception par le père	10 cas
Période de latence	- Scolarité acceptée	51 cas
	- Scolarité mauvaise	30 cas
	- Peur des autres enfants	25 cas
	- Enfant unique	11 cas
	- Intérêt sexuel certain	38 cas
	- Réponse des parents refusée	30 cas
	- Intérêt réel au monde extérieur	38 cas
	- Préparation à la menstruation effective	25 cas
	- Intérêt au flirt	24 cas
	- Opposition à la mère	37 cas
	- Opposition au père	19 cas
	- Identification à la mère	35 cas
	- Identification au père	17 cas
	- Acceptation de la société	43 cas

Essayons maintenant d'analyser et d'interpréter ces chiffres.

Nous insisterons encore sur les difficultés rencontrées pour recueillir les renseignements relatifs aux stades oral et anal. Les souvenirs ne vont pas jusqu'à cette période et nous avons été souvent obligés d'interpréter ces résultats. Nous constatons d'ailleurs que ce stade anal est souvent inexistant chez l'obèse. Celle-ci veut rester "bébé" près de la mère prégénitale et il est intéressant de remarquer la trentaine de cas où l'énurésie était de règle. Nous savons que la quasi-totalité de nos malades ont été élevées par la mère et la majorité tendrait à montrer une forte dépendance maternelle. Une proportion importante aime le lait, ce qui pourrait être une survivance de ce premier contact avec le monde et surtout avec la mère.

L'étude des réponses concernant la période oedipienne est beaucoup plus significative.

Nous avons vu comment la petite fille a besoin du père pour s'arracher de la dépendance envers sa mère prégénitale et s'ouvrir au monde extérieur, ce qui facilitera son identification à la mère oedipienne. Il ne suffit pas que cette relation triangulaire Père-Mère-Enfant existe pour que tout se résolve. Encore faut-il que chaque membre du triangle tienne bien son rôle. Le Père doit être présent non seulement physiquement mais aussi psychologiquement. Nous avons vu les cas de mères autoritaires qui "écrasaient" un mari trop faible, si bien que ce dernier ne pouvait être un soutien pour la fillette puisqu'il était incapable de s'imposer.

Or il est intéressant de constater que sur la quarantaine de femmes qui sont devenues obèses à l'adolescence, il y en a plus de la moitié pour qui le père a été psychologiquement absent à la période oedipienne.

Pour ces jeunes filles, la scolarité elle-même est bien acceptée, mais elles se souviennent avoir été très

timides et craintives devant les autres enfants. Ceci corrobore bien ce que nous venons de voir au sujet du manque de possibilité de s'ouvrir à l'extérieur qui entraîne une mauvaise adaptation au monde extérieur, une peur de l'inconnu.

Ces fillettes étaient presque toujours très dépendantes de la mère qui souvent était la seule "tête" de la famille comme nous venons de le voir et n'aidait en rien sa fille à affirmer son "Moi". Au contraire !

Si ces femmes se souviennent souvent avoir eu un intérêt sexuel à la période de latence, elles ont gardé aussi le souvenir d'une non-réponse des parents.

On ne peut que très rarement parler d'une aide véritable pour l'éveil de leur jeune sexualité. La moitié d'entre elles seulement étaient "préparées" à la menstruation, mais encore faut-il voir comment, et, certainement, la plupart de leurs questions sont restées sans réponse. D'ailleurs nous trouvons des affirmations très concordantes quant à l'intérêt au flirt : Mal préparées à cet éveil de sexualité, elles ne peuvent qu'avoir peur de "se lancer" et sont souvent des filles timides fuyant tout contact avec les garçons.

Mais l'adolescence est surtout l'âge des gros problèmes dans les relations parents-enfants : il s'agit de l'identification à l'adulte qui va de pair avec l'opposition à l'adulte.

Nous avons vu comment dans les cas normaux, la fillette, aidée par le Père avait peu à peu réussi à se détacher de la dépendance envers sa Mère Prégénitale, "pour s'identifier à la Mère Oedipienne" et se préparer ainsi à son rôle de Femme. Et ceci bien sûr ne se passe pas sans heurts avec la mère et même avec le Père car l'émancipation finale exige une lutte contre les adultes.

Une vingtaine de patientes affirment avoir eu à cette époque de leur vie une opposition nette avec le Père :

Ceci peut être grave lorsqu'il s'agit d'une grande déception par ce père, qui a blessé profondément l'enfant (abandon du foyer, découverte d'une liaison, violences vis-à-vis de la mère). Ceci est psychologiquement très grave car l'enfant va se trouver prématurément aigrie et méfiante à l'égard des hommes. Les réponses des adolescentes traitées ici sont très évocatrices : "Pourquoi plaire aux hommes, ils ne le méritent pas ! ; je veux mener ma vie seule, pourquoi me marierai-je ? Pour mener la vie de ma mère : Non !".

Parfois la malade parle d'"opposition au Père", mais en approfondissant les questions, on constate qu'il s'agit de cas beaucoup moins graves que précédemment sur le plan affectif : Ceci se rapproche de l'opposition normale dont nous avons parlé plus haut : Nous sommes en présence de filles qui veulent se libérer de l'empire autoritaire d'un Père trop exigeant.

Cette étude nous amène à faire une constatation : Souvent nous assistons à une opposition vis-à-vis à la fois du Père et de la Mère : il s'agit là d'un problème d'adaptation normal à cet âge, nous l'avons déjà vu, l'enfant en s'identifiant à l'adulte à un sentiment de culpabilité puisqu'il doit prendre la place de cet adulte, culpabilité qui se traduit par une agressivité réactionnelle tout à fait normale.

Malheureusement, les parents ne voient pas leur enfant grandir et il va falloir que la jeune fille se charge personnellement de signifier à la famille qu'il y a quelque chose de changé : elle va donc utiliser pour cela le seul procédé qu'elle ait en main, c'est-à-dire une opposition décidée à tout ce qui émanera des parents. Cette révolte durera jusqu'à ce qu'un nouveau statut s'établisse dans le milieu environnant avec une autonomie dans tout le domaine qui l'intéresse : liberté de sortir seule, de s'habiller ou de se coiffer à son goût.

Cette réaction d'opposition pourra s'éterniser si les parents ne savent pas lâcher du lest en temps voulu et

"adapter" leur autorité (qui demeure nécessaire et reste même souhaitée par l'adolescente en tant au moins que solution dans les situations imprévues). Dans ce cas, la jeune fille risque de rester longtemps fixée dans son attitude d'opposition et prendra un plaisir masochiste à ne pas être attrayante et à contrarier ainsi les parents, mais en fin de compte ceci va se retourner contre elle puisqu'elle ne se préparera pas à son rôle de femme.

Si l'on regarde de nouveau les chiffres,on constate que la plupart de ces jeunes filles (les 2/3 environ) pensent s'identifier à leur mère, mais en prenant l'interrogatoire on constate qu'un grand nombre n'ont pas encore réalisé leur oedipe et restent identifiées non à la Mère Oedipienne qui les préparerait à leur rôle d'adulte, mais sont restées rivées à la Mère Prégénitale ; il s'agit de cas où l'adolescence paraît "avoir glissé", où les jeunes filles à ce stade sont restées très liées à la Mère par une étroite dépendance, où le Père est au moins psychologiquement inexistant. Ces jeunes filles ont peur de sortir de ce climat douillet, sans risque ni responsabilité : elles continuent à se laisser "pouponner ou choyer". Elles restent immatures, mal dans leur peau, tout à fait inaptes à entrer dans la vie sexuelle.

Parmi nos observations, c'est ce genre de jeunes filles qui illustrent le mieux notre thèse : la régression au stade oral est parfaitement mise en évidence ici par l'attachement anormal à la Mère "Prégénitale" avec qui le seul bonheur du moment était d'ordre alimentaire.

Mlle P... nous semble l'exemple type de cette sorte d'adolescente. Elle a 16 ans, mesure 1 m 60 et pèse 69 kg. Elle apparaît comme une jeune fille "passive", se défendant contre ses émotions, verbalisant peu. Elle désire devenir "active", mais ses complexes la paralysent. Par exemple, elle aimerait faire du ski, mais il faudrait mettre un pantalon, et... elle le porte mal !

De ce fait, aussi, elle sort peu et ne fréquente pas les garçons. Son seul havre est sa Mère sur qui elle se replie, ayant perdu son père dans sa jeune enfance. Cette rupture précoce du triangle familial explique particulièrement l'attachement à la mère et son manque d'ouverture au Monde Extérieur. L'obésité apparaît vraiment ici comme une barrière de défense contre la vie pour laquelle l'enfant n'a pu s'armer.

On peut faire également chez elle une constatation typique de ces jeunes filles. La passivité dont nous venons de parler entraîne un manque total de réaction caractérielle pubertaire, ce qui révèle bien son défaut de maturation.

Les autres patientes (17) qui ont vu leur obésité commencer à l'adolescence accusent une identification au Père : c'est le style des filles très sportives, rivalisant avec les garçons, se refusant à être coquettes, filles très actives mais qui au fond ont très peur de la sexualité et de ses problèmes, elles veulent inhiber ce côté de leur personnalité.

Le pronostic sera bon si elles rencontrent assez tôt un garçon où elles pourront voir "autre chose qu'un copain", elles deviendront automatiquement coquettes et féminines.

2. Obésités au début de la vie génitale et de la maternité

Comme précédemment, nous allons commencer par dresser un tableau d'ensemble des réponses. Celui-ci sera plus complet puisque nous devrons suivre le cheminement de l'affectivité de ces malades depuis l'enfance jusqu'à la période génitale adulte, date à laquelle l'obésité s'est manifestée.

Nombre d'obésités ayant débuté à la période génitale adulte :		76
Stade oral	- Education par la Mère	73 cas
	- Refus actuel du lait	43 cas
	- Agressivité vis-à-vis de la mère	21 cas
	- Dépendance vis-à-vis de la mère	34 cas
Stade anal	- Enurésie	43 cas
	- Obéissance aux ordres de la mère	20 cas
	- Révolte aux ordres de la mère	30 cas
Période oedipienne	- Père réellement absent	1 cas
	- Père psychologiquement absent	9 cas
	- Fixation au père	62 cas
	- Déception Père	7 cas
Période de latence	- Scolarité acceptée	73 cas
	- Scolarité mauvaise	39 cas
	- Peur des autres enfants	12 cas
	- Enfant unique	6 cas
	- Intérêt sexuel certain	62 cas
	- Réponse des parents refusée	47 cas
	- Intérêt réel au monde extérieur	48 cas
Adolescence	- Préparation à la menstruation	50 cas
	- Intérêt au flirt	50 cas
	- Opposition à la mère	41 cas
	- Opposition au père	12 cas
	- Identification à la mère	60 cas
	- Identification au père	16 cas
	- Acceptation de la société	64 cas
Début de la vie génitale adulte	- Peur de la sexualité	33 cas
	- Fuite dans le mariage	40 cas
	- Choix d'un mauvais objet	27 cas
	- Répétition triangle familial	28 cas
	- Choix syst. du contraste familial	8 cas
	- Refus de la sexualité	27 cas
	- Refus du mariage	17 cas
	- Frigidité	25 cas
	- Satisfaction sexuelle	16 cas
Maternité	- Ont des enfants	57 cas
	- Fonction maternelle hypertrophique	40 cas
	- Fonction maternelle nulle	7 cas
	- Fonction maternelle normale	10 cas
	- Grossesses mal vécues	42 cas
	- Accouchements mal vécus	42 cas
	- Angoisse devant l'enfant	49 cas
	- Appel à la mère	38 cas
	- Acceptation du départ de l'enfant	18 cas

Si l'on essaie d'analyser les réponses de ce groupe de personnes, la première constatation que nous faisons est une ressemblance avec l'interrogatoire du groupe précédent, du moins pour la première partie évidemment.

Cette ressemblance n'est bien sûr pas analogie et les réponses sont moins nettes et plus nuancées. Ceci vient peut-être du fait que pour ces femmes qui ont commencé à grossir à partir de 30, 35 ou 40 ans, les problèmes de l'adolescence sont restés moins graves, mais certainement, aussi, du fait que ces problèmes étaient psychologiquement moins graves, ils se sont résolus tant bien que mal.

C'est ce que nous avancions plus haut, quand nous avons essayé d'établir une classification entre nos malades. Nous sommes arrivés à situer 2 classes : les obésités de l'adolescence et celles de la vie sexuelle adulte et plus particulièrement de la maternité et nous avions trouvé chez toutes une structure hystérique. Mais les premières "décompensaient" dès l'adolescence, tandis que le deuxième groupe semblait avoir bien passé ce premier cap, mais "décompensait" par la suite : 19 dès le mariage ou le début de la vie sexuelle, 57 après la maternité et dès le début des véritables responsabilités.

Les réponses aux questions concernant l'adolescence paraissent moins nettes que pour la catégorie précédente.

Nous avions vu là que le Père était psychologiquement absent dans 30 cas environ sur 52. Ici, il ne le serait que dans une dizaine de cas sur les 76 considérés. La différence des pourcentages est très nette. Mais dans tous les cas nous notons une grande dépendance vis-à-vis de la mère et finalement, si l'identification à la Mère est de règle le plus souvent, on peut se demander s'il s'agit bien d'une identification à "la mère oedipienne" et si le Père a bien tenu son rôle dans le triangle. De toute façon, elles avouent avoir été mal

préparées à la menstruation et leur éveil à la sexualité n'a pas été guidé. Ce qui bien sûr a entraîné une peur du flirt, du monde extérieur en général. Même si leur intérêt était grand, il paraît avoir trop souvent été inhibé par le monde familial et plus particulièrement la Mère.

Aussi n'est-on pas surpris de voir que plus de la moitié de ces malades (une quarantaine) avouent "avoir fui" dans le mariage pour retrouver plus ou moins consciemment une sécurité qui leur est nécessaire. Elles "ont fui" dans la position qui leur paraissait la plus stable, le mariage. Ce genre de femmes craint les responsabilités : elles ont besoin d'une aile protectrice. Elles "se reposaient" pour tout sur leur Mère et ont cru que le mari tiendrait ce rôle. Ce désir de "se caser le plus tôt possible", cette peur de rester seule a souvent entraîné le choix d'un mauvais objet avec déception, insatisfaction sexuelle et même frigidité. Les cas extrêmes les plus typiques sont ceux de ces femmes jeunes, mariées depuis un an ou deux, qui s'ennuient, pleurent, se plaignent : "Leur mari ne les comprend pas !" "Si elles avaient su, elles seraient restées chez Maman. Là-bas au moins, on s'occupait d'elles !".

Mal préparées au mariage, sans aucune expérience, elles se sont engagées avec le premier venu qui n'est pas forcément leur idéal. Elles s'ennuient et "décompensent". Ne sachant que faire, elles se réfugient dans l'oralité réactionnelle, et l'on note une bonne dizaine d'obésités qui ont commencé dès le mariage sans qu'il y ait eu maternité.

Parmi nos expérimentation, nous trouvons aussi une vingtaine de cas très intéressants : ils concernent les jeunes filles qui ont prolongé leur identification au Père au-delà de l'adolescence. Pour celles-ci, le problème est diamétralement opposé : elles ne fuient pas dans le mariage, au contraire, elles le refusent, comme elles refusent leur qualité de femme : ce sont en général

des femmes très actives et très cotées dans leur vie professionnelle, mais qui ne trouvent pas ou plutôt qui "n'essaient pas de trouver" l'objet qui leur conviendrait.

Certaines idéalisent leur Père et, à leurs yeux, personne ne peut l'égaler. Ceci n'est pas sans remède ! ... D'autres n'acceptent pas la psychologie féminine (passivité, narcissisme) et veulent se montrer "égales de l'homme". Elles ne veulent pas d'enfants et veulent avoir une activité professionnelle importante pour fuir la condition féminine.

Mais, inconsciemment, elles inhibent leur sexualité et sans vouloir le reconnaître sont des insatisfaites. Parfois ce désir de fuir le rôle de femme peut paradoxalement suivre une grande déception par le père : il s'agit alors du désir d'éviter à tout prix de se laisser prendre au piège d'un homme pour ne pas finir comme la mère. Mais là aussi l'équilibre génital n'est pas atteint et ceci entraîne une insatisfaction.

Nous voyons donc par là que sur les 76 personnes qui ont commencé à grossir à la période adulte de la vie sexuelle, 60 souffrent d'un problème d'adaptation :

- 40 : problème d'adaptation au rôle de "Femme mariée",

- 20 : problème d'adaptation au rôle de "femme tout simplement".

Il n'en reste donc que 16 qui déclarent avoir pleine satisfaction sexuelle. Le chiffre nous frappe par sa faiblesse.

Mais, malgré tous ces problèmes, nous voyons qu'il n'y a dans nos expérimentations que 19 femmes qui ont grossi au début de la vie sexuelle adulte. Les autres paraissent encore avoir bien compensé leur insatisfaction sexuelle, sans doute parce qu'elles se

sentaient en sécurité et que les soucis et les difficultés ne les ont pas encore atteintes. Elles "décompensent" plus tard, après les naissances des enfants et surtout lorsque ceux-ci grandiront.

Madame C... en est un bon exemple : elle entre pour un bilan d'obésité, c'est une femme au physique agréable qui affecte une bonne humeur de commande au début de l'entretien. En réalité, elle est anxieuse, ne dort plus, pleure "pour un rien", dit-elle et mange à chaque contrariété.

Elle a commencé à grossir à chaque maternité, mais surtout depuis la mort de sa mère, il y a 2 ans. Son père paraît avoir été toujours psychologiquement absent, sa mère seule semble avoir marqué son enfance.

Naturellement, elle a de gros problèmes familiaux : son mari n'est jamais là. C'est un éthylique qui a beaucoup d'accidents de voiture. Tant que sa mère était en vie, elle sentait un soutien pour élever ses enfants et supportait mieux la frustration. Maintenant, elle est perdue, et n'est pas capable de s'organiser.

De plus, les enfants grandissent, lui échappent, elle ne sait pas accepter leur départ et se retrouve seule. Elle est déprimée, anxieuse, elle pleure et... grossit.

Si nous revenons à l'ensemble de nos expérimentations, nous avons vu que nos 57 femmes qui ont des enfants, "décompensaient" et grossissaient dès les maternités et devant les difficultés, à l'image de Madame C.

En général, ces femmes-là nous apparaissent comme de bonnes mères "anxieuses", hyperprotectrices et c'est là que nous pouvons bien mettre en évidence ce que nous avons avancé tout à l'heure, à savoir que "si ces femmes s'identifiaient à leur mère, ce n'était pas forcément à leur mère oedipienne".

Nous voyons ici qu'en réalité elles imaginent leur rôle de Mère comme celui de leur Mère Prégénitale, qui garde l'enfant dans son sein, le nourrit parfois à l'excès, et l'empêche de partir, de s'ouvrir au monde extérieur. C'est ainsi qu'elles se représentent leur Mère et ainsi qu'elles se conduisent avec leurs enfants.

Une vingtaine seulement accepte le départ de l'enfant. Par contre, une quarantaine fait appel à la Mère. Cette angoisse devant l'enfant font d'elles des déprimées qui ne savent prendre de décisions, et comme elles n'ont pas eu de satisfaction sexuelle, elles s'en prennent à leur mari, ce qui accroît leur angoisse, et c'est un cercle vicieux.

Souvent d'ailleurs la première grossesse était bien acceptée, c'est la suivante, le surcroît de travail et le souci qui vont les faire décompenser.

Elles se plaignent d'avoir toujours faim, et manger semble calmer leur angoisse puisqu'elles y trouvent satisfaction.

Leurs problèmes avec le mari, parfois même la frigidité, aggravent cette obésité en ce sens qu'elles n'ont plus le désir d'être coquettes. Elles se laissent aller et il est très difficile d'obtenir d'elles qu'elles suivent un régime amaigrissant.

Elles sont trop noyées dans leurs problèmes pour s'occuper d'esthétique ; tout souci, toute contrariété les anéantit et elles n'ont pas le ressort nécessaire pour réagir.

On notera des cas où la perte de la mère déclenche l'obésité, car, jusque-là, la femme sentait un appui en sa mère. Celle-ci disparue, elle est désemparée.

Le pronostic dans ces cas-là est beaucoup moins bon que dans le cas des adolescentes, car il est difficile d'obtenir une bonne coopération.

L'effort est rarement poursuivi assez loin.

Chez certaines malades, on trouve même la notion "d'obésité remède contre l'Amour". Ces femmes en arrivent plus ou moins consciemment à tout faire pour "faire fuir le mari en n'étant plus désirables".

Dans ces cas-là, on comprend les difficultés et le manque de coopération total auxquels nous nous heurtons. Le pronostic est là franchement mauvais.

Nous passerons sur l'obésité de la ménopause, puisque notre échantillonnage était, d'une part, trop jeune pour la plupart et, d'autre part, nos malades avaient toutes grossi avant cette période, à l'exception d'une seule.

Ce que l'on peut affirmer, c'est que la ménopause aggrave cette obésité, qu'elle est en général mal acceptée, et se traduit par un sentiment de dévalorisation de la femme.

B - ETUDE DES FACTEURS PSYCHOGENES DE L'OBESITE CHEZ NOS MALADES "HOMMES"

Nous avons volontairement laissé de côté la minorité d'observations constituée par les 7 hommes examinés afin de faciliter l'étude, les problèmes du garçon étant, nous l'avons vu, inverses de ceux de la fille.

En général, ces hommes paraissent de bons vivants, un peu timides qui ont un peu honte de consulter. Ils sont en général poussés par l'entourage. L'étude de ces quelques cas est très typique pour éclairer notre thèse.

Tous ces hommes jovials, semblant tout prendre à la légère,cachent une profonde insatisfaction, une peur de ne pas être virils, un grand besoin d'affection. Ils ont une grande sensibilité qu'un rien blesse, et ils compensent, tous, la moindre émotion par l'ingestion alimentaire.

Toutes ces obésités ont commencé à la fin de l'adolescence et il est noté que tous ont subi à cette époque-là des chocs affectifs : perte de l'un ou l'autre des parents et même des deux, coup sur coup, remariage de la mère.

Un cas me paraît encore plus typique : Monsieur X... a toujours été "rond". A 2 ans, il a perdu sa mère et a été par la suite élevé par une tante célibataire aigrie, acariâtre, avec qui il a beaucoup souffert d'un grand manque de tendresse. Par la suite, il s'est marié avec une femme maternelle et très possessive.

Les carences affectives de l'enfance ne lui ont pas permis de tenir un vrai rôle d'homme, il n'a pu s'identifier à un père qu'il n'a pas connu et épouse une femme à l'âme de Mère plus que d'épouse...

Parmi nos autres malades masculins, tous ont des problèmes sexuels et craignent l'impuissance : ils sont mal adaptés à leur rôle d'hommes et, en général, s'ils se marient, ne tiennent pas un rôle d'autorité dans le ménage. Ils se laissent guider par manque d'audace, mais en souffrent et sont profondément insatisfaits.

Nous voyons donc ainsi que les problèmes affectifs de l'enfance ont un rôle important tant sur la vie Adulte des hommes que sur celle des femmes.

Chez les uns comme chez les autres, beaucoup de problèmes d'adaptation trouvent une compensation dans l'ingestion alimentaire qui entretient l'obésité.

CONCLUSION

CONCLUSION

Nous voici arrivés au terme de cette étude où nous avons essayé de montrer l'importance des facteurs psychogènes dans le déclenchement de l'obésité.

"Les satisfactions orales sont tellement importantes dans ce types de personnalité que l'obésité peut être quelquefois la meilleure forme d'adaptation possible pour un sujet donné, dans la mesure où tout autre système de défense est impossible" nous dit encore H. BRUCH.

De tout ceci, il ressort évidemment qu'il ne suffit pas de donner un régime à un obèse mais qu'il faut s'attaquer aussi à l'élément sous-jacent, sous peine de voir apparaître ces "obèses maigres" qui ayant perdu la compensation alimentaire de façon artificielle, seront totalement désadaptés.

Il faudra donc, en même temps qu'un régime strict mais équilibré, donner une thérapeutique annexe : repos physique et détente morale (parfois dépaysement et rupture avec le milieu familial), sédatifs nerveux ou anxiolytiques.

L'hospitalisation permet non seulement de rechercher les causes possibles de l'obésité et ses complications, mais encore parfois de résoudre un conflit familial par un éloignement forcé.

La psychothérapie liée au traitement, peut, si elle est bien reçue, dans de nombreux cas aider le malade à comprendre ses problèmes en les extériorisant, et lorsque le contact est trouvé, le médecin peut être très efficace pour aider le malade à les résoudre et à améliorer son adaptation.

Mais peut-être faut-il voir comme conclusion à cette thèse, le fait que l'obésité peut, dans de nombreux cas, être évitée par un "traitement préventif" à savoir un

bon équilibre affectif que les parents doivent essayer d'assurer au maximum à leur enfant : ceci montre combien est lourd le rôle de tous ceux qui ont à intervenir sur l'enfant, et en premier lieu les parents.... En tout cas, il est à souhaiter qu'une meilleure compréhension de la psychologie infantile ne leur apporte aucun sentiment d'incertitude ou d'hésitation : ce serait certainement plus nocif pour l'enfant que quelques erreurs commises de bonne foi.

Vu le Président de Thèse

C. BOULARD

Vu et permis d'imprimer

TOULOUSE, le Mercredi 25 Octobre 1972

Le Président du Conseil de l'Université Paul Sabatier

L. LARENG

BIBLIOGRAPHIE

ALBY J.M. - Problèmes psychosomatiques des obèses.
Vie Méd., oct. 1965, 46, (10), 1501-1506.

ARNE L. - Obésité neurogène et psychogène.
J. Méd. Bordeaux, janv. 1958, 135, (1), 78-81.

AZERAD et al. - Attitudes thérapeutiques devant une obésité.
Rev. Méd., 1968, 9, (21), 1401-1413.

BERTRAND J. - Sur une obésité (conception psycho-somatique).
Rev. Méd. Normande, oct. 1959, 1, (8), 525-535.

BONNET F., LOZET H. - Le contexte médico-social de l'obésité chez l'enfant.
Acta Paediat. Belg., 1968, 22, (4), 211-252.

BONNIOT R. - Traitement de l'obésité.
Progr. Méd., 1968, 96, (3), 49-57.

BOUR H. et al. - Place et rôle des facteurs endogènes à l'origine de l'obésité.
In : "Les entretiens de Bichat" - "Médecine et Biologie".
Paris, Expansion Scientifique Française, 1968, pp. 395-408.

BROSIN H.W. - Les aspects psychiatriques de l'obésité.
J.A.M.A., 31 juil. 1954, 155, (14), 1238-1239.

BRUCH H. - Les aspects psychologiques de l'obésité.
Med. Klin., 19 fév. 1960, 55, (8), 295-300.

BRUCH H. - Aspects psychiatriques de l'obésité.
Metabolism, sept. 1957, 6, (5), 461-465.

BRUCH H. - Aspects psychosomatiques de l'obésité.
J. Mount Sinaï Hosp. NY., mai-juin 1953, 20, (1), 1-15.

BUGE A., MARTIN M. - Les obésités d'origine nerveuse.
Rev. Prat., 1er nov. 1964, 14, (28), 3517-3529.

CANET C. - Apport de la psychologie dans l'étiologie et le traitement de l'obésité.
Thèse Méd., Paris, 1961, n° 554, 56 p.

CAVALCA C.G., ZANOGGO G., GUARALDI G.P. - Clinique et traitement de l'obésité à la puberté. Contribution physiopathologique et psychologique.
Riv. Sper. Freniat., 31 oct. 1966, 90, (5), 1059-1130.

CHEBAT H. - Obésité, maladie de l'appétit.
Thèse Méd., Paris, 1955, n° 104, 48 p.

CLARK R. - A rapid method for testing antiappetite drugs in mice.
Toxic. Appl. Pharmacol., 1969, 15, (1), 212-215.

CORRAZE J., BAYROUTHE L. - Problème psychologique dans le traitement de l'obésité commune.
Concours Méd., 1966, 88, (23), 4035-4042.

DEBRY G. et al. - Etude de l'influence du fractionnement de l'apport calorique quotidien en 7 repas sur la chute pondérale des obèses.
Nutr. Diet., 1968, 10, (4), 288-296.

DELAMARCHE P. - Des facteurs psychologiques de l'obésité chez l'enfant.
Thèse Méd., Paris, 6 avril 1949, n° 275, 87 p.

DEMOLE M. - La place des anorexigènes dans la thérapeutique des obésités.
Rev. Méd., 1968, 9, (21), 1391-1394.

DEUTSCH H. - La psychologie des femmes. Etude psychanalytique. I - Enfance et adolescence.
Paris, Presses Universitaires de France, 1969, 5e éd., 329 p.

DEUTSCH H. - La psychologie des femmes. Etude psychanalytique. II - Maternité.
Paris, Presses Universitaires de France, 1967, 4e éd., 419 p.

DI CAGNO L., CASTELLO D. - Importance des facteurs psychogènes dans le déterminisme de l'obésité essentielle infantile.
Minerva Pédiat., 7 avril 1967, 19, (14), 660-662.

FISCHER N. - Obésité, affectivité et faim therapeutique.
Arch. Gen. Psychiat., août 1967, 17, (2), 227-233.

FLANDIN F. - Contribution à l'étude de la psychopathologie de l'obèse (sur 18 observations.
Thèse Méd., Toulouse, 1969, 3639, 66 p.

FLEMMING QUAADE C. - L'obésité psychogène chez l'enfant.
Acta Paediat., mai 1953, 42, (3), 191-205.

FORBES G.B., AMIRHAKIMI G.H. - Skinfold thickness and body fat in children.
Hum. Biol., 1970, 42, (3), 401-418.

FRANÇOIS B. - La détermination in vivo de la teneur en graisses neutres du corps humain.
Cah. Méd. Lyon, 1967, 43, (3), 183-195.

FREED C. - Les facteurs psychiques dans le développement et le traitement de l'obésité.
J.A.M.A., fév. 1947, 133, (6), 369-373.

GLUCKSMAN M.L., HIRSCH J. - The response of obese patients to weight reduction : a clinical evolution of behavior.
Psychosom. Med., 1968, 30, (1), 1-11.

GLUCKSMAN M.L., HIRSCH J. - The response of obese patients to weight reduction. III - The perception of body size.
Psychosom. Med., 1969, 31, (1), 1-7.

GOLDFARB L. - Contribution à l'étude des obésités à composante neuropsychique.
Thèse Méd., Paris, 1963, n° 484, 67 p.

GOLDSTEIN L., NELSON S.D., HENLZY K. - Quantitative EEG analysis of cortical-subcortical relations hips in "paradoxical" sleep and under stimulant and hallucinatory drugs.
(Congrès de Neuro-Psycho-Pharmacology, Washington 28-31 mars 1966, (A 349), 971).
Amsterdam, Excerpta Medica Foundation, 1967, p. 971.

GRANDMOTTET P. - Comment traiter les obèses.
Cah. Méd. Lyon., 1969, 45, (5), 449-472.

GROSMAN S.P. - Hypothalamic and limbic influences on food intake.
Fed. Proc., 1968, 27, (6), 1349-1360.

GUINET P. et al. - Les obésités.
Lyon Méd., 1971, 225, (7), 615-635.

HAGUENAUER P.G. - Obésité d'origine centrale.
Thèse Méd., Paris, 1957, n° 134, 36 p.

HARTMANN G., SCHMID R. - Prolongiertes fasten als Behandlungsform der Adipositas.
Deutsch. Med. Wschr., 1967, 92, 1663-1668.

IVERSEN T. - L'obésité psychogène chez les enfants.
Acta Paediat., janv. 1953, 42, (1), 8-19.

IVERSEN T., JUEL NIELSEN N., QUAADE F., TOLSTRUP K., STERGAARD L. - L'obésité psychogène chez les enfants.
Acta Paediat., déc. 1951, 40, (suppl. 83), 59-60.

JALLATE C.S. - L'obésité féminine.
Corse Méd. Médicale, mai 1971, 17, (189), 55-69.

JUDE M. - L'obésité en milieu psychiatrique.
Thèse Méd., Paris, 1965, n° 472, 122 p.

KAPLAN H.I., KAPLAN H.S. - Le concept psychosomatique de l'obésité.
J. Nerv. Ment. Dis., avril-juin 1957, 125, (2), 181-201.

KAUNITZ H. - Symposium : obesity. Some etiological factors in obesity.
Amer. Oil. Chem. Soc., 1968, 43, (4), 175-179.

KAYS S.A., PARDES H. - Différenciation psychologique (dépendance du terrain) chez les femmes obèses.
Psychosom. Med., mai-juin 1965, 27, (3), 238-244.

KERMOGANT - Le problème de la faim chez l'obèse.
Concours Méd., 6 oct. 1964.

KEYS A., BROZEK J. - Body fat in adult man.
Physiol. Rev., 1953, 33, (3), 245-325.

KHOSLA T., LOWE C.R. - Obesity and smoking habits.
Brit. Med. J., 1971, 4, (5778), 10-13.

KLEIN M., RIVIERE J. - L'amour et la haine. Etude psychanalytique.
Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1972, 112, 110 p.

KLOTZ M.P. - Les glandes endocrines et l'obésité.
Cah. Méd., 1970, 11, (8), 679-687.

KLOTZ H.P. et al. - L'obésité.
Cah. Coll. Méd. Hôp. Paris, 1968, 9, (5), 451-470.

KLOTZ M.P. et al. - L'obésité et l'obésitophobie.
In : "Les entretiens de Bichat" - "Médecine et biologie".
Paris, Expansion Scientifique Française, 1970, pp. 17-18.

KLOTZ H.P. - Réflexions thérapeutiques sur l'obésité. Aspect psycho-social.
Aliment. Vie, 1969, 57, (1-2-3), 71-80.

KLOTZ H.P., BAILLEUX C. - L'obésité constitutionnelle, maladie psychosomatique.
Rev. Méd. Psychosom. (Paris), janvier-mars 1959, 1, (1), 37-50.

KLOTZ H.P., FOURNIER E., SAINT-SAENS M., BONNEFOY J., ELMALEH H. - Les obésités neuro-psychogènes et le problème de l'obésité. Etude de l'activité antidiurétique du sérum. Intérêt pathogénique.
Sem. Hôp. Paris, 6 nov. 1956, 32, (65), 3362-3371.

KORNHABER A. - Group treatment of obesity.
G.P., 1968, 38, (5), 116-120.

KREISLER L. - L'abord psychosomatique de l'obésité commune de l'enfant.
Concours Méd., 9 nov. 1968, 90, (45), 7421-7431.
Méd. Infantile, 1967, 74, (4), 309-326.

LAMOTTE M. - Le traitement de l'obésité.
Méd. Interne., 1969, 4, (5 bis), 9-19.

LAUSA R.D. - Efforts to lose weight in 414 fat young men.
Neuropsychologia, 1968, 6, (3), 366-371.

LEDERER W. - Dépression de déracinement sans dépression obésité et autres équivalents psychosomatiques de la dépression.
Nervenarzt, mars 1965, 36, (3), 118-122.

LUMBROSO P. - Intérêt et danger des médicaments prescrits dans l'obésité.
In : "Les entretiens de Bichat" - "Thérapeutique".
Paris, Expansion scientifique française, 1970, pp. 175-177.

MacLEOD P. - Hypothalamus, appétit, satiété, aspects neurophysiologiques de l'obésité.
Concours Méd., 1969, 91, (15), 3061-3074.

MARTY P., M'UZAN M. (de), DAVID CH. - L'investigation psychosomatique. Sept observations cliniques.
Paris, Presses Universitaires de France, 1963, 264 p.

MENDELSON M. - Aspects psychologiques de l'obésité.
Med. Clin. N. Amer., sept. 1964, 48, (5), 1373-1385.

MURPHREE H.B., PRICE L.M., PFEIFFER C.C. - Computer analysis of the effects of antihistaminics on the human EEG.
In : BRILL H. et al., Ed. - Neuro-psycho-pharmacology.
(Proc. 5th. Int. Congress of the Collegium Internationale Neuro-psycho-pharmacologicum, Washington, 28-31 March 1966).
Amsterdam, Excerpta Medica Foundation, 1967, pp. 1063.

NACHT S. - De la pratique à la théorie psychanalytique.
Paris, Presses Universitaires de France, 1966, 168 p.

PASCOVSKY A. - Note sur la psychogénèse de l'obésité.
Prensa Med. Argent., 3 sept. 1948, 35, (36), 1735-1739.

PENICK S.B., STUNKARD A.J. - Newer concepts of obesity.
Med. Clin. N. Amer., 1970, 54, 745-754.

PERESTRELO D. - Etudes psychologiques dans l'obésité.
Arq. Brasil. Endocr., août 1963, 12, (2), 116-120.

PERRAULT M., DRY J. - Les précis du praticien : l'obésité.
Paris, Baillère, 1960, 130 p.

PERRAULT M., DRY J. - Les explorations de base chez l'obèse.
In : "Les Entretiens de Bichat" - "Médecine et Biologie".
Paris, Expansion Scientifique Française, 1970, pp. 297-302.

PLAUCHU M. et al. - Vie et mort de l'obèse. II - La femme. A propos de 462 obèses sur 1144 cas observés de 1951 à 1967.
Lyon Méd., 1970, 223, (26), 1269-1286.

ROME H.P. - L'obésité : aspects psychiatriques.
Proc. Staff. Meet. Mayo Clin., 16 mars 1960, 35, (6), 131-135.

SALMON-MALEBRANCHE A.R. - Le facteur psychique dans l'obésité.
Sem. Hôp. Paris, 2 sept. 1950, (65), 3489-3490.

SASSOLAS G., PELLET J., EDEL - Le psychisme des obèses.
Cah. Méd. Lyonnais, fév. 1967, 43, (4), 295-302.

SAUCIER J.F. - L'aspect psychiatrique de l'obésité.
Laval Méd., fév. 1965, 36, (2), 154-163.

SCHMALBACH K. - Une famille dans laquelle on engraisse à 40 ans. Recherches sur la "psychosomatique de l'obésité".
Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat., 1953, 72, (12), 258-277.

SCHNEIDER H. - Contribution à la psychosomatique de l'obésité.
Schweiz. Med. Wschr., 9 juin 1956, 86, (23), 675-680.

SHORVON H., RICHARDSON J. - Obésité soudaine et traumatisme psychologique.
Brit. Med. J., 29 oct. 1949, (4634), 951-956.

SIMON R.I. - L'obésité en tant qu'équivalent dépressif.
J.A.M.A., 19 janv. 1963, 183, (3), 208-210.

STUNKARD A. - Obesity and the body image. II - Age at onset of disturbances in the body image.
Amer. J. Psychiat., 1967, 123, (11), 1296-1300 et 1443.

STUNKARD A.J. - Environnement and obesity : recent advances in our understanding of regulation of food intake in man.
Fed. Proc., 1968, 27, (6), 1367-1373.

STUNKARD A., LEVINE H., FOX S. - The management of obesity. Patient self-help and medical treatment.
Arch. Intern. Med., 1970, 125, (6), 1067-1072.

TAILLE J. (de) - Structures mentales et obésité.
Gaz. Méd. France, 10 janv. 1961, 68, (1), 63-66.

TAILLE J. (de) - Propos sur la psychologie de l'obèse.
Hygie, 5 avril 1957, (5), 7-8.

TOLSTRUP K. - L'obésité psychogénique chez l'enfant.
Acta Paediat., juil. 1953, 42, (4), 289-304.

VAGUE J. - Obesité et glandes endocrines.
Aliment. Vie, 1969, 57, (1-2-3), 25-53.

VAGUE J. - Obésité : introduction.
Rev. Méd., 1968, 9, (21), 1353-1354.

VAGUE J. - Le poids préféré et les raisons de son choix.
Vie Méd., 1968, 49, (52), 399-414.

VAGUE J. - Le point sur l'obésité.
Medica, 1969, (75), 32-43.

VINAY P. et al. - Obésité : Revue générale.
Un. Méd. Canada, 1969, 98, (5), 781-796.

VINCENDEAU J. - Conduite à tenir devant une obésité.
Bordeaux Méd., 1970, 3, (1), 197-200.

WAGONFELD S., WOLOWITZ H.M. - Obesity and the self-help group : a look at TOPS.
Amer. J. Psychiat., 1968, 125, (2), 249-252.

WAXLER S.H., LEEF M.F. - Obesity - doctor's dilemma.
Geriatrics, 1969, 24, (7), 98-106.

WILSON N.L., Ed. - Obesity.
Philadelphie, F.A. Davis Compagny, 1969, 254 p.

ZARA M. - Traitement médicamenteux de l'obésité.
In : "Les entretiens de Bichat" - "Thérapeutique".
Paris, Expansion Scientifique Française, 1970, pp. 303-305.

- Vie Méd., 1969, 50, (IV), 4795-4958,
(Numéro 38 consacré à l'obésité).